



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A UTILIZAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL PARA O CUIDAR EM CASA**

**Luís Miguel de Carvalho Rocha**

**Lisboa**

**2013**





# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A UTILIZAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL PARA O CUIDAR EM CASA**

**Relatório de Estágio orientado por:  
Professora Elisa Maria Bernardo Garcia**

**Luís Miguel de Carvalho Rocha**

**Lisboa**

**2013**



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Enfermeiro Pedro Branco pelo pragmatismo e escuta ativa na orientação do trabalho de projeto e à Professora Elisa Garcia pela acuidade académica e previdência clínica tão necessárias nesta *démarche*.

À Enfermeira Graça Teixeira, Assistente Social Alexandra Leitão e Técnica Social Maria Goretti sem as quais não seria possível conhecer os nossos Cuidadores.

À equipa de saúde da unidade de cuidados da comunidade e aos parceiros sociais comunitários por concentrarem esforços, fomentarem sinergias e promoverem a capacidade, motivação e autonomia da comunidade.

Aos Cuidadores por me abrirem a porta e assim a deixarem.

Aos Professores José Luís Pais Ribeiro e João Manuel Moreira pela disponibilidade, divulgação e orientação sobre os instrumentos de avaliação do suporte social.

À *minha* equipa por acolherem os meus ânimos e desalentos durante o percurso, por me ajudarem no trabalho emocional em cada turno e por me aliviarem a sobrecarga ao fazerem os meus turnos noturnos.

À Irene Rocha e Carla Duarte, em especial, por me cuidarem, permanecerem e providenciarem suporte social.

## **LISTA DE SIGLAS**

BIPA – Banco integrado de produtos de apoio

CDMC – Cuidador descansado, melhor cuidado

CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem

PNS – Plano Nacional de Saúde

## RESUMO

O envelhecimento populacional tem contribuído para a reestruturação das respostas de suporte social em saúde, privilegiando as respostas de proximidade comunitária nos cuidados de longa duração a pessoas em situação de dependência, levando os cuidadores informais a serem os principais prestadores de cuidados em casa. O suporte social tem demonstrado ser a variável com maior efeito *buffer* sobre os efeitos da sobrecarga do papel de cuidador e as intervenções de enfermagem como complementares da sua rede natural de suporte ao cuidado em casa.

Nesta perspetiva, este projeto, desenvolvido numa unidade de cuidados da comunidade em Lisboa, com 9 cuidadores informais, teve como finalidade contribuir para o seu processo de capacitação, em casa, para o uso otimizado das redes de suporte ao cuidado. Desenvolveu-se com base na Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes e no Modelo de Sistemas de Neuman.

Para o diagnóstico de situação recorreu-se à Escala de satisfação com o suporte social. Como resultados, destacamos o fator «atividades sociais» com o menor grau de satisfação do suporte social; 59,9% dos cuidadores referirem não conhecer mais nenhum recurso comunitário de suporte aos cuidados em casa, além do que já usa; a necessidade sentida de «serviço de reabilitação, ajudas técnicas e tecnologias de apoio» e a expressão de «substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador».

No sentido de contribuir para o aumento do suporte social, em conformidade com o diagnóstico prioritário – falta de apoio social – foram instalados dois serviços de suporte ao cuidador na área geodemográfica. Os cuidadores que usaram os serviços avaliaram a sua satisfação com o suporte social, no fator atividades sociais, com grau alto.

Este projeto contribuiu para a instalação de respostas estruturadas de suporte social aos cuidadores e sua capacitação, bem como para o desenvolvimento de competências de enfermagem comunitária.

Palavras-chave: cuidadores, suporte social, enfermagem comunitária.

## **ABSTRACT**

The aging population has contributed to the restructuring of social support responses in health, focusing on community outreach responses for long-term care to dependent people, leading caregivers to be the main providers of home-based care. Social support has been shown to be the variable with the main buffer effect on caregiver role burden and nursing interventions as complementary to caregiver natural support network of care at home.

In this perspective, this project, implemented in a community care unit in Lisbon, with nine informal caregivers, aimed to contribute to the empowerment process for the optimal use of support networks to care, at home. It was based on the Health Planning Methodology of Imperatori Giraldes and the Neuman Systems Model.

For the diagnosis of the situation was used social support satisfaction scale. As results, we point out the factor 'social activities' with the lowest degree of satisfaction of social support; 59.9 % of caregivers referring not knowing any more community resource support to home care, in addition to already in use; the felt need 'rehabilitation service, technical aids and assistive technologies' and expressed need 'replacement in case of absence, incapacity or for respite caregiver'.

In order to contribute to the increase of social support, in accordance with the priority diagnosis - lack of social support - two services were installed to support the local caregivers. Caregivers who used the services rated higher satisfaction with social support in social activities factor.

This project contributed to the installation of structured responses of social support to caregivers and their empowering as well as community nursing skills development.

Key-words: caregivers, social support, community nursing.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	13
1.1 Foco de intervenção: cuidadores informais de pessoas em situação de dependência.....	14
1.2 Foco de atenção: suporte social na prestação de cuidados em casa.....	15
1.3 Modelo de enfermagem na abordagem comunitária .....	18
2. METODOLOGIA.....	20
2.1 Diagnóstico da situação.....	20
2.1.1 Seleção da população e amostra.....	21
2.1.2 Método e instrumentos de colheita de dados.....	22
2.1.3 Tratamento de dados .....	24
2.1.4 Apresentação e análise de resultados .....	24
2.1.5 Diagnósticos de enfermagem.....	31
2.2 Definição das prioridades .....	32
2.3 Fixação dos objetivos .....	33
2.4 Seleção das estratégias .....	34
2.5 Elaboração de programas e projetos.....	37
2.6 Preparação da execução .....	40
2.7 Avaliação dos projetos.....	40
2.8 Limitações e constrangimentos .....	43
2.9 Considerações éticas .....	44
3. CONCLUSÃO.....	46
3.1 Implicações para a prática clínica, formação e investigação em enfermagem.....	46
3.2 Desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária.....	47
3.3 Considerações finais .....	48
REFERÊNCIAS .....	49
ANEXOS.....	
ANEXO I – Autorização para o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social ....	
APÊNDICES .....	

APÊNDICE I – Caraterização da rede social formal que presta suporte social aos cuidados informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade .....	
APÊNDICE II – Caraterização da comunidade da área geodemográfica .....	
APÊNDICE III – Instrumento de recolha de dados .....	
APÊNDICE IV – Tratamento da informação solicitada pelas entidades A, B e C .....	
APÊNDICE V – Pontuação nominal da escala de satisfação com o suporte social, por fatores e total, com a cotação original (0 a 75) e convertida (0 a 100) .....	
APÊNDICE VI – Caraterísticas funcionais da rede de cuidadores: funções dos cuidadores secundários e terciários .....	
APÊNDICE VII – Suporte social não recebido: necessidades de suporte social dos cuidadores .....	
APÊNDICE VIII – Sessão de apresentação do diagnóstico de situação .....	
APÊNDICE IX – Comparação das estratégias de intervenção possíveis .....	
APÊNDICE X – Projeto Banco Integrado de Produtos de Apoio .....	
APÊNDICE XI – Projeto Cuidador Descansado, Melhor Cuidado .....	
APÊNDICE XII – Diagrama de Gantt das atividades dos projetos.....	
APÊNDICE XIII – Quadro de registo da aplicação dos indicadores de atividade e resultado dos projetos e respetivos documentos comprovativos .....	



## FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Objetivos operacionais e atividades do projeto banco integrado de produtos de apoio	38
<b>Figura 2.</b> Objetivos operacionais e atividades do projeto cuidador descansado, melhor cuidado	39
<b>Figura 3.</b> Indicadores de processo e resultado do projeto banco integrado de produtos de apoio	41
<b>Figura 4.</b> Indicadores de processo e resultado do projeto cuidador descansado, melhor cuidado	42

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Designação dos cuidadores secundários e terciários que colaboram no cuidar em casa (frequência absoluta)	28
<b>Gráfico 2.</b> Número de cuidadores secundários e terciários envolvidos na prestação de cuidados por pessoa em situação de dependência	28
<b>Gráfico 3.</b> Número de recursos comunitários conhecidos pelos cuidadores informais primários para a assistência no cuidar em casa	29

## QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Descrição das subpopulações de cuidadores primários e respectivas subamostras	22
<b>Quadro 2.</b> Tratamento dos dados	24
<b>Quadro 3.</b> Caracterização do ambiente externo	25
<b>Quadro 4.</b> Caracterização da estrutura básica/ variáveis sociodemográficas do grupo cuidadores	26
<b>Quadro 5.</b> Grau de satisfação com o suporte social, total e por fatores, do grupo de cuidadores	27
<b>Quadro 6.</b> Mediana por fatores da escala de satisfação com o suporte social	27
<b>Quadro 7.</b> Funções dos cuidadores secundários e terciários	29
<b>Quadro 8.</b> Necessidades de suporte social do cuidador primário	30
<b>Quadro 9.</b> Enunciados dos diagnósticos	32
<b>Quadro 10.</b> Enunciados dos objetivos geral, específicos e metas	34
<b>Quadro 11.</b> Descrição detalhada de estratégias, adequação e suficiência de recursos	36
<b>Quadro 12.</b> Resumo da avaliação dos projetos	43

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno universal e sem precedentes, profundo e duradouro em Portugal (PORDATA, 2013). O envelhecimento com dependência é uma realidade incontornável e os cuidadores informais são os efetivos prestadores de ajuda e assistência de longa duração, em casa, às pessoas em situação de dependência e destes depende a continuidade dos cuidados (Assessing Needs of Care in European Nations, ANCIEN, 2011). Os cuidadores informais usam os recursos da rede social, formal e/ou informal, para satisfazer as necessidades de cuidados de longa duração da pessoa em situação de dependência através de uma *interação com e troca com* pessoas. O suporte social, *percebido da e recebido pela* rede social, é considerado um determinante em saúde (Neuman, 2011) que modera a sobrecarga do cuidador (Vrabec, 1997).

O investimento pessoal e académico nesta área tem génese no quarto ano de licenciatura, no qual as restrições sociais eram apontadas pelos cuidadores, da mesma área geográfica, como a maior dificuldade percebida na relação de prestação de cuidados. O investimento profissional nesta área é determinado pela sociedade caracterizada pelo envelhecimento, pelo aumento de pessoas em situação de dependência e, conseqüentemente, pelas reformas sociais na área da saúde, que apontam o suporte do papel de cuidador como a nova tônica de política nacional de saúde para os cuidados de longa duração em casa (Plano Nacional de Saúde (PNS), 2013).

Neste contexto, na unidade curricular estágio com relatório do 3º mestrado em enfermagem – área de especialização em enfermagem comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surgiu o projeto de intervenção comunitária: “Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa”, com foco de intervenção<sup>1</sup> no grupo de cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e com foco de atenção<sup>2</sup> no suporte social.

O estágio teve lugar numa unidade de cuidados da comunidade em Lisboa, adiante designada entidade de saúde A, e teve como finalidade contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa para o uso otimizado das redes de suporte ao cuidado.

O presente relatório de natureza profissional, estruturado em conformidade com as normas da escola (ESEL, 2012), procura descrever o percurso efetuado, em

---

<sup>1</sup> O “beneficiário da intervenção” (International Council of Nursing, ICN, 2011, p.113).

<sup>2</sup> Uma “área de atenção para a enfermagem” (ICN, 2011, p.35).

conformidade com a metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1982), e analisar o desenvolvimento de competências, em conformidade com o perfil do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2010), na avaliação e intervenção de enfermagem a um grupo de cuidadores, norteados pelo modelo de enfermagem de Neuman (2011), no âmbito do uso do suporte social, recorrendo às orientações de Stewart (1993) e Cohen, Underwood e Gottlieb (2000), para o cuidar em casa.

O primeiro capítulo descreve a conceptualização do foco de intervenção e atenção, sua contextualização, caracterização e abordagem de enfermagem comunitária. O segundo capítulo descreve o processo de planeamento em saúde realizado, limitações e constrangimentos e as considerações éticas tomadas no seu desenvolvimento. O terceiro capítulo completa o relatório com as implicações do trabalho de projeto para a clínica, formação e investigação em enfermagem, as competências desenvolvidas do perfil de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e outras considerações finais.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

De acordo com o perfil de saúde português, a renovação das gerações não é possível e a pirâmide etária invertida traz desafios para a organização do suporte social para a saúde e para o sistema de saúde em particular (Plano Nacional de Saúde, PNSa, 2011). Neste contexto, o PNS enfatiza que um dos papéis mais relevantes que o cidadão assume na saúde é o de cuidador, pelo que uma das estratégias e recursos promotores de cidadania em saúde é o

voluntariado e organização dos cuidadores informais, como exercício privilegiado e integrado de cidadania que promove o contacto com os profissionais de saúde, com os serviços e com as comunidades, capacitando quem o exerce. (PNSb, 2011, p.5).

Deste modo, as organizações de saúde deverão melhorar a confiança dos cidadãos obtendo opinião efetiva e sistemática dos cuidadores e incorporá-la nas reformulações de serviços e cuidados, bem como, desenvolver programas específicos que os capacitem para o seu desempenho e sobretudo para o exercício da sua cidadania (PNSb, 2011). Torna-se necessário “estimular ativamente a figura do cuidador informal, do voluntário e do sector social como relevantes na prestação de cuidados” (PNSc, 2011, p. 16). Ao nível das políticas saudáveis entende-se que as parcerias são cruciais e, no caso do apoio aos cuidadores, imprescindíveis para “mobilizar um número considerável de atores e influenciar problemas de saúde significativos ou mais vulneráveis a curto prazo” (PNSd, 2011, p. 17). No atual contexto demográfico, epidemiológico e económico, podemos considerar os cuidadores como parceiros para a intervenção comunitária e, se devidamente capacitados, estratégicos para a qualidade da saúde dos que cuidam (PNSe, 2011). Os objetivos do PNS propõem a promoção do potencial de saúde em cada contexto, particularmente no microssistema (famílias, cuidadores informais e relações de proximidade), a potenciação dos recursos disponíveis (comunicação, informação, formação e capacitação intersectorial do cidadão e dos cuidadores para a saúde), o reforço do contributo articulado das redes de apoio locais (serviços comunitários, voluntariado e cuidadores) e o apoio formal dos voluntários e cuidadores de idosos e pessoas em situação de dependência (PNSf, 2011; PNSg, 2011; PNSh, 2011 e PNSi, 2011). A nível regional, o plano estratégico da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale Sul do Tejo (2011) propõe o investimento na integração, articulação e apoio aos papéis do cidadão, com especial foco no suporte social integrado à pessoa em

situação de dependência e idosa. Assim, compreendemos que, a nível nacional e regional, é enfatizada a importância do suporte social à pessoa idosa e em situação de dependência, à capacitação do cuidador informal, à promoção e capacitação das redes de cuidadores para os cuidados de longa duração e à promoção e reforço das redes sociais de suporte através da colaboração comunitária e intersectorial.

Nos seguintes subcapítulos serão clarificados os conceitos, referências teóricas e modelo utilizados e, face ao contexto da enfermagem comunitária, justificada a pertinência dos focos.

### **1.1 Foco de intervenção: cuidadores informais de pessoas em situação de dependência**

Entendemos os cuidadores informais como todos aqueles que cuidam ou dão assistência a pessoas em situação de dependência, na sequência de uma doença ou deficiência física ou mental de longa duração ou de problemas relacionados com a idade, geralmente em casa e a título gratuito (Comissão Europeia, 2012), pelo que consideramos todos os membros da família prestadores de cuidados e outros prestadores de cuidados informais, adiante designados de cuidadores. Entendemos situação de dependência como “um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária” (UE, 1998 citado por Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, MTSS, 2009, p.8).

Os cuidadores quanto à responsabilidade do cuidar podem ser designados por primários, secundários ou terciários (Sequeira, 2010). Os primários são os que têm “a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados” (Sequeira, 2010, p.157). Os secundários são os que ajudam “na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não têm a responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador principal” (Sequeira, 2010, p.157). Os terciários são os que ajudam “muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade pelo cuidar” (Sequeira, 2010, p.158).

Em termos de perfis, o cuidador europeu caracteriza-se por ser do sexo feminino, idoso, casado e com o nível de instrução básico a secundário (ANCIEN, 2011) e,

analogamente, o português, caracteriza-se por ser do sexo feminino, adulto, cônjuge ou descendente, casado, coabitante ou residente na área da pessoa cuidada e reformado ou desempregado (Figueiredo, 2007, Sequeira, 2010).

O papel cuidador consiste num

papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar as expectativas sob forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente. (ICN, 2011)

Este papel é essencial nos sistemas sociais e de saúde e determinante em países urbanizados, industrializados e que demograficamente envelhecem (Nightingale, 2011) como Portugal. A evolução das famílias tem determinado a transferência de funções para grupos especializados ou organizações (Hanson, 2005) mas a evolução e demografia atuais da sociedade portuguesa tem imposto a reposição das funções até então delegadas. A reposição da função de proteção, entendida como proteger os membros que precisam de outros como os jovens, os incapacitados e os idosos (Hanson, 2005), decorre sem precedentes obrigando à adaptação das famílias e à reconfiguração das redes sociais, formais e informais, com apoio do Estado. A prestação de cuidados continuados de longa duração em casa é, de novo, uma realidade (Augusto et al, 2005). Contudo, os cuidadores apresentam dificuldades e impossibilidades de conciliação entre papéis (Gil, 2009) e estão, efetivamente, mais vulneráveis (Hanson, 2005; Figueiredo, 2007; Wright e Leahey, 2009). Segundo Hanson (2005), referindo-se a Heiss (1981), o potencial para a tensão do papel de cuidador tem aumentado e o risco de sobrecarga do papel de cuidador não pode ser ignorado, porque é uma entidade nosológica de Enfermagem (Carpenito-Moyet, 2009 e North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2012).

## **1.2 Foco de atenção: suporte social na prestação de cuidados em casa**

O suporte social tem obtido consenso relativamente à manutenção da saúde e ao reforço contra os efeitos danosos da sobrecarga do papel de cuidador (Clip e George, 1990; Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990; Shields, 1992; Figueiredo, 2007; Wright e Leahey, 2009; Sequeira, 2007, 2010). O suporte social é a variável isolada com maior



efeito *buffer* sobre a sobrecarga do papel de cuidador (Clip e George, 1990; Pearlin, Mullan, Semple e Skaff, 1990; Shields, 1992; Vrabec, 1997; Ribeiro, 1999; Figueiredo, 2007; Wright e Leahey, 2009; Sequeira, 2007, 2010). Existe uma forte correlação entre as duas variáveis, saúde e suporte social (Ribeiro, 1999). Afirma Singer e Lord (1984) que o seu efeito tem quatro categorias de hipótese, a saber: (1) protege contra as perturbações induzidas pelo stress, (2) a sua inexistência é fonte de stress, (3) a sua perda é um stressor e (4) o suporte social é benéfico para a saúde. No entanto, Kaplan, Patterson, Kerner, Grant e HIV Neurobehavioral Research Center (1997) questionam a direccionalidade desta relação – se é o suporte social fraco que causa fraca saúde ou o contrário. Sluzki (2003) avança com a hipótese de circularidade, influência bidireccional, traduzida pela relação entre o suporte social pobre e a deterioração da saúde versus a relação entre o suporte social sólido e o reforço da saúde. No estudo de Mestre (2010), a uma população de cuidadores de informais, concluiu-se que uma boa percepção de suporte social está associada a uma menor sobrecarga do papel, ademais, que sobrecarga e satisfação com o suporte surgem associadas em cargas opostas.

Williams, Barclay e Schmied (2004) argumentam que existem inúmeras definições de suporte social e que na sua escolha se deve considerar a investigação relativa ao suporte social e as especificidades da área científica que a estuda para que se torne relevante, isto é, academicamente complexa e clinicamente viável para o contexto do estudo. Deste modo, adotámos para o projeto, a definição de suporte social em enfermagem, preconizada por Stewart (1993),

*interactions with family members, friends, peers, and healthcare providers that communicate information, esteem, aid, and reliable alliance. These communications improve coping, moderate the impact of stressors, and promote health. Social support occurs as a by-product of people ongoing interactions. However, we cannot assume that it is accessible or beneficial. Instead, it is important to understand how supportive interactions are elicited with different associates, forms of expression of social support, and how social support can be miscarried or dissipate over time".* (Stewart, 1993, p.7)

Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) descrevem dois tipos de suporte social, o percebido (interações e trocas sociais disponíveis se precisas) e o recebido (interações e trocas sociais reportadas como recentemente providenciadas). Compreendemos que o estudo do suporte social deve ter em consideração ambas as tipologias (Stewart, 1993; Cohen, Underwood e Gottlieb, 2000).

Uma vez que o suporte social consiste nas interações e trocas sociais significativas da rede social (Loureiro e Miranda, 2010; Sequeira, 2010), adotámos, também para o projeto, o conceito de rede social de Slusky (2003, p.41), que a define como “a soma de todas as ligações que o indivíduo percebe como significativas”. Conforme aclara Figueiredo (2007),

enquanto a noção de rede desvia a atenção para os contextos envolventes e sistemas sociais, a noção de apoio [suporte social] centra-se nas trocas interativas e interpessoais entre determinados membros da rede. (Figueiredo, 2007, p.172)

As interações na rede social podem ser categorizadas conforme o tipo de suporte social predominante entre membros, a saber: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos (Sluzki, 2003). A rede social atualiza-se ao longo do ciclo vital e familiar e esta deve ser fortificada, reorganizada ou reconstituída em medida da vulnerabilidade das pessoas que cuidam e são cuidadas (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Neuman, 2011). A rede, e respetivas interações e trocas, diminuem com a idade, contudo o número de relações significativas mantém-se estável até à velhice; a contração da rede deve-se à morte das pessoas significativas, e das respetivas relações de estima, que são dificilmente substituídas (Figueiredo, 2007). Defende Petronilho (2007) que esta deve ser capacitada e suportada, de preferência antes do cuidador estar vulnerável, afirmando que só assim é possível (através interações e trocas de suporte social da rede), aplicar as estratégias adequadas à manutenção da relação de prestação de cuidados, como a de dividir responsabilidades do cuidar e obter o descanso regular físico e psicológico da prestação de cuidados (Carpenito-Moyet, 2009).

Deste modo, a rede social pode incluir o suporte social informal e formal. O informal inclui o suporte familiar (relações de parentesco ou consanguinidade e ligação legal) e não familiar (relações com conviventes significativos), caracterizando-se pela prestação voluntária, não remunerada e sem organização explícita. O formal inclui as atividades sociais fornecidas por redes de suporte organizacionais e/ou profissionais, caracterizando-se pela interação oficial, remunerada e regularmente organizada. As pessoas significativas que interagem e fornecem suporte social ao cuidador informal constituem a sua rede social, o que pode incluir, na vertente informal, as relações íntimas, amigos e família, e na formal, as atividades sociais fornecidas pelas organizações/ entidades (Ribeiro, 1999).

A rede social e respetivas interações de suporte social protegem os cuidadores informais da percepção negativa dos stressores resultantes do exercício do papel (Neuman, 2011). De acordo com o algoritmo de decisão preconizado por Sequeira (2010), é necessário suporte social satisfatório e uma rede social otimizada, durante o exercício do papel de cuidador, para prevenir a sobrecarga do papel de cuidador. Deste modo, entendemos ser necessário, no estudo do suporte social a cuidadores, avaliar a satisfação com o suporte social (suporte percebido) e respetivas trocas na rede social (suporte recebido) dos cuidadores.

### **1.3 Modelo de enfermagem na abordagem comunitária**

O modelo de sistemas de Neuman (2011) preocupa-se com todas as variáveis que afetam os cliente-sistema no seu ambiente. Avalia os efeitos e possíveis efeitos dos stressores ambientais e assiste o cliente-sistema nos ajustamentos requeridos para o nível ótimo de bem-estar, isto é, a melhor saúde possível alcançável num determinado momento. Este modelo permite a avaliação de grupos agregados e a sua avaliação compreende as variáveis fisiológica, sociocultural, psicológica, de desenvolvimento, espiritual e intersistémica. A estrutura básica, conjunto das variáveis anteriores, é protegida por linhas de defesa, flexível e normal, e de resistência. O grupo está em permanente interação com o ambiente. O ambiente consiste em ambas as forças internas e externas que circundam o cliente, influenciando e sendo influenciadas pelo cliente, em qualquer momento, como um sistema aberto. A enfermagem é intervenção-preventiva para restaurar, realizar e manter a saúde ou bem-estar ótimos para o cliente-sistema. A intervenção-preventiva pode ser primária, secundária e terciária, conforme a linha que se pretende defender e/ou fortalecer face aos stressores. Os stressores são forças definidas como “estímulos produtores-de-tensão que têm o potencial para causar instabilidade ao sistema” (Neuman, 2011, pág. 23). De acordo com a autora, (1) mais que um estímulo pode ocorrer num dado momento; (2) a percepção stressora ou eustressora do estímulo depende da percepção do cliente, porque este em natureza é neutro; (3) a percepção sobre o estímulo pode mudar, isto é, um estímulo stressor pode deixar de ser nocivo ou não nocivo; (4) um stressor pode, a determinado nível, influenciar a percepção de outros stressores, (5) existem, quanto à natureza, três tipos de stressores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal; (6) a percepção de cada stressor e a natureza do encontro

com o stressor determina se o stressor é nocivo ou não nocivo; (7) os stressores podem estar presentes em crises situacional ou maturacional, sejam ou não experienciadas pelo cliente-sistema como tal; (8) o tempo, natureza e intensidade do stressor determinam a instabilidade e sintomatologia do cliente-sistema; e, (9) tem potencial para desequilibrar a estabilidade do sistema através da penetração das linhas de defesa e resistência do sistema.

Neuman (2011) entende as redes de suporte social como um determinante em saúde, influenciado pelos subsistemas comunitários «serviços sociais e de saúde», «segurança e transporte» e «comunicação» e estreitamente relacionados com a variável psicológica do cliente-sistema como comunidade. Estes três subsistemas, num total de oito, pertencem às linhas de resistência do cliente-sistema como comunidade. A força, capacidades e grau de colaboração entre estes sistemas protege a estrutura básica da comunidade e consequentemente os grupos agregados que a constituem. A intervenção aos grupos agregados, no âmbito da rede de suporte social, implicará inevitavelmente intervenção comunitária, uma vez que, a comunidade é para o grupo o ambiente externo.

De acordo as proposições relacionais do modelo de sistemas de Neuman (2011) os *inputs*/ mudanças no ambiente, pela relação de reciprocidade entre o ambiente e o cliente-sistema, podem ser corretivos ou regulativos para o cliente e os *inputs*/ trocas que ajudem o cliente-sistema na interação estável com o stressores do ambiente podem ajudar o cliente a adaptar-se ou a adaptar o ambiente a si próprio. Compreendemos que o modelo concebe, no contexto do suporte social, que a intervenção de enfermagem possa ser feita por ação indireta sobre o ambiente do cliente através da *interação com* (membros da rede social ou ambiente social, por exemplo) ou por ação direta com o cliente através da *troca com* (interações de suporte social ou uso das características funcionais da rede social). Por tal, Stewart (1993) afirma que o modelo de sistemas de Neuman tem aplicabilidade potencial em relação ao suporte social devido a sua perspetiva sistémica e explicação da interação ambiente-cliente.

Segundo Stewart (1993) o suporte social em enfermagem não é novidade e a sua contribuição na investigação tem sido inequívoca, especificamente em populações que experienciam mudanças de longa duração na rede social (por exemplo, pessoas com doença crónica e cuidadores) ou transições nos processos familiares ou que provocam disrupção da rede (por exemplo, nova parentalidade, episódios de doença ou morte).

## 2. METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde foi aplicado, em conformidade com o estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2010), como base para a avaliação do grupo populacional. As orientações metodológicas adotadas foram as de Imperatori e Giraldes (1982) que definem o Planeamento em Saúde como a

racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.6).

Os supracitados autores descrevem sete etapas – diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação – que foram implementadas, a nível operacional<sup>3</sup>, e estão registadas nos subcapítulos seguintes.

### 2.1 Diagnóstico da situação

Conforme recomendado, o diagnóstico ocorreu num período inferior a 6 meses, entre maio e outubro de 2012. O diagnóstico de situação correspondeu às necessidades do grupo populacional e é um juízo, fundamentado em evidência que esteve em atualização contínua num processo em espiral (Imperatori e Giraldes, 1982). Optou-se por estruturar o diagnóstico de situação baseado no Modelo de Sistemas de Neuman (2011), pelo que o grupo agregado de cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, da área de intervenção da entidade A, foi caracterizado quanto ao ambiente externo<sup>4</sup>, estrutura básica<sup>5</sup> e *stressor* extragrupal<sup>6</sup> – suporte social.

---

3 “Determina objetivos operacionais (metas); está voltado para a otimização e maximização de resultados; é de caráter imediatista – curto prazo; é detalhado no estabelecimento de tarefas; está voltado para a gestão de recursos e para a eficiência – ênfase nos meios” (Tavares, 1990, p.32).

4 O ambiente externo diz respeito às influências ou interações externas ou existentes fora do cliente-sistema” (Neuman, 2011, p.20), “inclui os stressores interpessoal e extrapessoal, em natureza, e que têm potencial para desequilibrar a estabilidade do sistema através da penetração das suas linhas de defesa e resistência” (Neuman, 2011, p.23).

5 “É a fonte das cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual) do cliente e representa os processos humanos de viver e morrer num contexto de intersecção fluida das inter-relacionadas e interativas cinco variáveis do cliente-sistema” (Neuman, 2011, p.237)

6 Forças interativas que ocorrem fora das fronteiras do grupo-sistema (Neuman, 2011).

### 2.1.1 Seleção da população e amostra

Fase preparatória: a necessidade de identificar todos os cuidadores da área geodemográfica da entidade de saúde A (unidade de cuidados da comunidade), motivou a procura daqueles que não recorrem aos serviços de saúde para obter suporte social para os cuidados em casa e que, logo, poderiam estar incógnitos nos serviços de saúde. Para tal, foram escutados todos os parceiros comunitários que prestavam serviço de apoio domiciliário na área geodemográfica (n=3, entidades B, C e D). Além das entidades peritas<sup>7</sup> mencionadas, foram entrevistadas testemunhas privilegiadas<sup>8</sup> da prestação de cuidados informais em casa a pessoas em situação de dependência (n=3, técnicos de saúde 1, 2 e 3). A sua auscultação permitiu caraterizar as redes sociais formais que prestam suporte social aos cuidados informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade (Apêndice I). Esta fase preparatória, entre Março e Maio de 2012, foi crucial para o conhecimento da rede social e identificar as pessoas potencialmente disponíveis para prestar apoio e as atuais relações de apoio efetivas que podiam ser mobilizadas (Figueiredo, 2007; Wright e Leahey, 2009; Sequeira, 2010).

População e amostra: a população do estudo foi constituída pelo grupo agregado de cuidadores informais<sup>9</sup> de pessoas em situação de dependência<sup>10</sup>, em exercício do papel de cuidador, na área geodemográfica (n=79) em Maio de 2012. Os cuidadores incluídos eram maiores de idade, em exercício do papel de cuidador primário, na área geodemográfica, a pessoas em situação de dependência. Os cuidadores secundários e terciários foram excluídos. A amostra, não probabilística (Marôco, 2010), foi constituída pela soma das quotas proporcionais<sup>11</sup> das subpopulações de cuidadores informais

---

7 Fontes privilegiadas pela contribuição para os processos que são objeto de investigação, fornecendo indicações sobre resultados obtidos nos seus trabalhos, a forma como os operacionalizaram e os aspetos que devemos considerar (Quivy e Campenhoudt, 1998).

8 Fontes privilegiadas por estarem envolvidas nos processos que são objeto de investigação, permitindo obter informação complementar e legitimar a informação escrita (Quivy e Campenhoudt, 1998).

9 Aqueles que cuidam ou dão assistência a pessoas em situação de dependência, na sequência de uma doença ou deficiência física ou mental de longa duração ou de problemas relacionados com a idade, geralmente em casa e a título gratuito (Comissão Europeia, 2012).

10 “Um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária” (UE, 1998 citado por MTSS, 2009, pág.8)

11 Técnica utilizada para “assegurar uma representação adequada de subgrupos (...) visa tornar a amostra proporcional à população (...) reduzir os enviesamentos potenciais (...) reproduzir o mais fielmente possível a população estudada” (Fortin, 2000, p.209).

primários<sup>12</sup>, declarados até Maio de 2012, pelas entidades A, B e C, conforme o quadro 1. Os cuidadores foram contatados por telefone pelas pessoas responsáveis<sup>13</sup> pela prestação de cuidados continuados de enfermagem da entidade A e pela gestão do serviço de apoio domiciliário das restantes entidades. O contato telefónico serviu para autorizar o acesso, do entrevistador, à morada dos cuidadores e posterior visita domiciliária.

**Quadro 1.** Descrição das subpopulações de cuidadores primários e respetivas subamostras

Entidade	Pessoas em situação de dependência	Cuidadores primários	Quota	Subamostra
A	58	34	43%	15
B	47	38	48,1%	18
C	20	7	8,9%	1
<b>Total</b>	113*	79	100%	34

\* Entre a entidade A e B existiam 9 pessoas em comum, entre A e C existiam 3 pessoas em comum e entre B e C não existiam pessoas em comum, pelo que subtrai ao somatório um total de 12 pessoas. Os cuidadores informais primários de pessoas em situação de dependência em comum foram considerados exclusivamente na entidade A no cálculo das quotas.

### 2.1.2 Método e instrumentos de colheita de dados

A caracterização do ambiente externo – que corresponde à comunidade da área geodemográfica para o grupo de cuidadores – foi realizada com recurso ao trabalho de campo na entidade A e à consulta de documentos oficiais e/ou estatística demográfica local (Apêndice II).

A avaliação da estrutura básica – que corresponde à caracterização sociodemográfica do grupo, embora não se esgote nela – foi realizada com recurso à consulta dos sistemas de informação das entidades já referidas e completada com recurso ao questionário do perfil do cuidador por ausência dos dados nos sistemas de informação nessas entidades.

A avaliação do suporte social foi realizada no domicílio dos cuidadores, através de entrevista, para a aplicação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) para identificação do suporte social percebido e um questionário para identificação do

12 Os primários são os que têm “a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados” (Sequeira, 2010, p.157). O cuidador informal primário, no seu percurso formativo informal, vai construindo um suporte social de apoio formal, misto ou informal através do estabelecimento de “relações (...) com os sistemas de apoio formal e informal, a fim de enfrentar as contingências do cuidado à medida que [evolui] a situação clínica da pessoa” (Andrade, 2009, p.240-241).

13 Os técnicos das entidades A, B e C foram intermediárias do recrutamento, criando viés de seleção, atenuado pela aplicação dos critérios de exclusão pelo autor antes de cada entrevista.

suporte social recebido. A escala é composta por 15 itens que se agrupam em 4 fatores. O fator “satisfação com os amigos” mede a satisfação com as amizades/amigos que tem e inclui os itens n.º 3, 12, 13, 14 e 15. O fator “intimidade” mede a percepção da existência de suporte social íntimo e inclui os itens n.º 1, 4, 5 e 6. O fator “satisfação familiar” mede a satisfação com o suporte familiar existente e inclui os itens n.º 9, 10 e 11. O fator “atividades sociais” mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui os itens n.º 2, 7 e 8. A escala apresenta  $\alpha$  de Cronbach de 0,85. Os itens são afirmações e a pessoa responde em conformidade com o seu grau de concordância com a afirmação, caso se aplique. Concordo totalmente corresponde (1), concordo na maior parte do tempo (2), não concordo nem discordo (3), discordo a maior parte do tempo (4) e discordo totalmente (5). Os itens n.º 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11 e 12 são cotados de forma invertida. A cotação pode ser feita na totalidade e por dimensões. A cotação varia entre 15 e 75, à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A cotação por dimensões pode ser convertida para uma pontuação 0 e 100 para comparação. Deste modo, entre 0 e 33, há percepção baixa, entre 34 e 65, média e entre 66 e 100, alta. A escala foi aplicada por Sequeira (2007) a cuidadores informais de idosos com dependência física e mental e que após análise fatorial manteve os quatro fatores e respetivos itens inalterados. No seu estudo a escala apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,82 pelo que se afere a sua fiabilidade para populações portuguesas de cuidadores.

O questionário aplicado seguiu as recomendações de Stewart (1993) e Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) e pretendeu identificar as características estruturais da rede (tamanho e composição), características funcionais (funções dos elementos da rede), conhecimento da rede de suporte existente e necessidades de suporte social (não recebido). Esta opção deveu-se à inexistência de instrumentos validados para Portugal para avaliar o suporte social recebido, referidos por Cohen, Underwood E Gottlieb (2000), e à necessidade de inclusão de outras questões que serviam necessidades de informação das entidades supramencionadas relativas a encargos ativos, financeiros e materiais, com a prestação de cuidados e a razão para a escolha do tipo de suporte social. O questionário do perfil do cuidador, a escala e o questionário do suporte social recebido encontram-se reunidos num único instrumento de recolha de dados, disponível para consulta no Apêndice III.

O instrumento de colheita de dados foi previamente testado com um cuidador informal de pessoa em situação de dependência que não pertencia à população estudada



e, face à lista de verificação de Iarossi (2006), não foram identificados problemas na sua utilização.

### 2.1.3 Tratamento de dados

Os dados obtidos foram tratados com recurso à estatística descritiva e análise de conteúdo conforme esquematizado no quadro 2.

**Quadro 2.** Tratamento dos dados obtidos

		TIPO DE TRATAMENTO
<b>Parte III – Suporte social percebido, escala de satisfação com o suporte social</b>		Protocolo de Ribeiro (1999) descrito no subcapítulo 2.1.2., com recurso ao programa informático Microsoft Excel 2010.
<b>Parte IV – Suporte social recebido (últimos 30 dias)</b>	<b>Questões 1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8*</b>	Estatística descritiva (Marôco, 2010) com recurso ao programa informático Microsoft Excel 2010.
	<b>Questões 3, 9 e 10</b>	Análise de conteúdo tipo categorial (Bardin, 2008). A <u>unidade de registo</u> foi o <u>tema</u> , a <u>unidade de contexto</u> a <u>resposta ao tema</u> e a <u>unidade de enumeração</u> a <u>frequência</u> da resposta ao tema. O <u>corpus da análise</u> é constituído pelo <u>registo escrito do entrevistador das respostas</u> às questões. Os <u>objetivos da análise</u> foram os de <u>descrever as funções dos cuidadores secundários e terciários</u> e <u>descrever as necessidades de suporte social dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa</u> .
<b>Parte V - Questionário do perfil de cuidador</b>		Estatística descritiva (Marôco, 2010) com recurso ao programa informático Microsoft Excel 2010. A variável sociodemográfica profissão recorreu à Classificação Nacional das Profissões (Deliberação N.º 967/2010)

\* A informação obtida, por solicitação das entidades A, B e C, com o tratamento de dados das questões 4, 5 e 6 encontra-se disponível para consulta no Apêndice IV.

### 2.1.4 Apresentação e análise de resultados

Ambiente externo, comunidade da área geodemográfica: a caracterização encontra-se no quadro 3 e está organizada por subsistemas da comunidade (Neuman, 2011).

**Quadro 3. Caracterização do ambiente externo**

<b>Ambiente físico</b>	As duas freguesias ocupam uma área geográfica de 1,23 Km <sup>2</sup> do distrito de Lisboa. O parque habitacional é composto por 1534 edifícios, 79% exclusivamente residenciais. O parque é caracterizado por ter água canalizada (99,9%), com sistema de drenagem de águas residuais (99,9%), com instalação de banho ou duche (99%) e sem lugar de estacionamento (74,9%). (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2011).
<b>Ambiente social</b>	Habitam nesta área 12 295 pessoas (INE, 2011). Existe um decréscimo populacional em desaceleração (Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa, OLCPL, 2011). Os estados civis predominantes são o solteiro (45,5%) e casado (37,4%) e os maiores níveis de instrução completa são o superior (33,3%), 1º ciclo do básico (22,3%) e secundário (18,5%). O número de famílias é de 5662 (INE, 2011), maioritariamente unipessoais, com especial relevância para as unipessoais com 65 anos ou mais (OLCPL, 2011).
<b>Economia</b>	O setor laboral predominante é o “terciário, que emprega uma grande fatia dos residentes e traz diariamente à zona um número significativo de pessoas (adultos, crianças e jovens)” (Unidade de Cuidados da Comunidade de São Mamede e Santa Isabel, UCCSMSI, 2010, p. 15). O desemprego tem uma variação positiva em relação aos dados de 2001 (OLCPL, 2011).
<b>Educação</b>	O parque escolar é constituído por estabelecimentos do pré-escolar, ensino básico e secundário público e a das IPSS, num total de cinco e a comunidade escolar totaliza 1967 pessoas.
<b>Segurança e transporte</b>	O setor de transportes é constituído por uma rede viária fluentemente percorrida por veículos automóveis de transporte individual e de comércio e serve a área geodemográfica com uma rede de transportes públicos urbanos térreos e subterrâneo correspondente à sua densidade populacional. Em conformidade, segundo dados do INE (2011), a média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante nas freguesias tem diminuído. A maioria dos Lisboaetas usa o automóvel, o autocarro e o metro como veículos principais, contudo, para os maiores de 75 anos, andar a pé substitui o automóvel (Cabral, Silva, Almeida e Cabaço, 2011).
<b>Serviço social e de saúde</b>	O setor de apoio social, com acordos de cooperação ativos, é constituído por 11 entidades com 2356 utentes contratualizados mas com capacidade para 2771 utentes (OLCPL, 2011). O número de beneficiários com subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego, pensão/reforma, rendimento mínimo garantido, rendimento social de inserção, apoio social, complemento solidário para idosos e outros subsídios, tem uma variação positiva anual em ambas as freguesias (OLCPL, 2011). O parque de saúde instalado na área é constituído por cinco unidades funcionais, entre as quais a entidade A, cuja responsabilidade é de: “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei N.º28 de 22 de fevereiro de 2008, p. 1184, 2008).

Estrutura básica do grupo agregado: os dados obtidos sobre as variáveis sociodemográficas encontram-se reunidos no quadro 4.

**Quadro 4.** Caraterização da estrutura básica/ variáveis sociodemográficas do grupo cuidadores

Cuidador informal primário (n=34)			Cuidador informal primário (n=34)		
	N	%		N	%
<b>Sexo</b>			<b>Coabitação com a pessoa em situação de dependência</b>		
Feminino	22	64,7%	Sim	17	50%
Masculino	12	35,3%	Não	17	50%
<b>Idade*</b>			<b>Freguesia da habitação</b>		
41 – 49	10	29,4%	A	15	44,1%
50 – 58	7	20,6%	B	15	44,1%
59 – 68	10	29,4%	Outras freguesias	4	11,8
69 – 77	3	8,8%	<b>Situação laboral</b>		
78 – 86	3	8,8%	Aposentada (o)	12	35,3%
≥ 87	1	2,9%	Desempregada (o)	9	26,5%
<b>Estado civil legal</b>			Empregada Doméstica – Casas Particulares	3	8,8%
Casado	14	41,2%	Pessoal Administrativo e Similares	3	8,8%
Divorciado	10	29,4%	Advogados e Consultores Jurídicos	2	5,9%
Solteiro	8	23,5%	Cantoneiro de Limpeza	1	2,9%
Viúvo	2	5,9%	Porteiro – Prédios Urbanos	1	2,9%
<b>Maior nível de instrução completa</b>			Químicos	1	2,9%
1º Ciclo	9	26,5%	Professor do Ensino Superior	1	2,9%
2º Ciclo	1	2,9%	Artesão de rendas, bordados e tapeçarias, manuais	1	2,9%
3º Ciclo	6	17,6%	<b>Filiação com a pessoa em situação de dependência</b>		
Secundário	9	26,5%	Filho (a)	19	55,9
Pós-secundário	1	2,9%	Cônjuge	4	11,8
Ensino superior	8	23,5%	Afilhada	3	8,8
			Sobrinho (a)	2	5,9
			Nora	2	5,9
			Vizinho (a)	2	5,9
			Irmã	1	2,9
			Amiga	1	2,9

\*Mínima=41; Máxima=92; k=6; h=9;  
Média=59,6; Desvio padrão=13,3

O perfil de cuidador informal primário encontrado caracteriza-se por ser predominantemente do sexo feminino, com idade média de 60 anos, casado, ter o primeiro ciclo ou o secundário completos, ser aposentado e filho da pessoa de quem cuidam. Este perfil é semelhante ao perfil de cuidador europeu (ANCIEN, 2011) e português (Figueiredo, 2007, Sequeira, 2010).

Stressor extragrupal, suporte social percebido: os dados relativos ao grau de satisfação com suporte social existente, total e por fatores, encontram-se no quadro 5. Os dados referentes à pontuação da escala por cuidador encontram-se no Apêndice V.

**Quadro 5.** Grau de satisfação com o suporte social, total e por fatores, do grupo de cuidadores

Grau de satisfação com o suporte social	Fatores								SATISFAÇÃO suporte social	
	Intimidade		Atividades sociais		Satisfação com amigos		Satisfação com família			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo (entre 0 e 33)	1	2,9	5	14,7	1	2,9	2	5,8	2	5,8
Médio (entre 34 e 65)	11	32,4	14	41,2	11	32,4	4	11,8	18	53
Alto (entre 66 e 100)	22	64,7	15	44,1	22	64,7	28	82,4	14	41,2
<b>Total</b>	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100

Conforme o quadro 5, a maioria dos cuidadores informais primários refere um grau de satisfação com o suporte social médio ou elevado (94,2%). Numa análise por fatores, a maioria dos cuidadores avalia o grau de satisfação com suporte social como alto. Contudo, entre estes, o fator das atividades sociais é o único cujo somatório da satisfação do grau baixo e médio se sobrepõe à avaliação da maioria (55,9% contra 44,1%). Ademais, conforme apresentamos no quadro 6, é o fator com menor mediana.

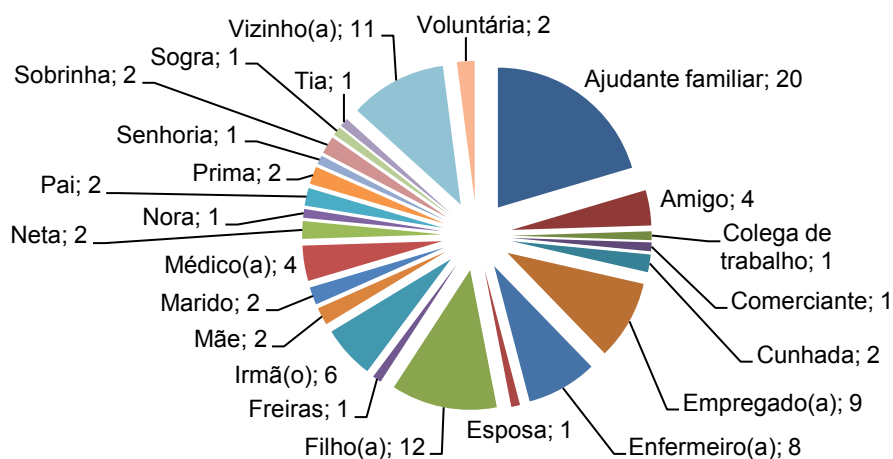
**Quadro 6.** Mediana por fatores da escala de satisfação com o suporte social

	Fator			
	Intimidade	Atividades sociais	Satisfação com amigos	Satisfação com família
<b>Mediana</b>	83	57	72	87

Com objetivo de identificar quais os itens com menor satisfação neste fator, calculou-se a mediana dos itens que o compõem (item 2, 7 e 8), obtendo-se as medianas respectivas de 2, 2 e 4. Nos itens com menor mediana, 2 e 7, lê-se “*não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria*” e “*sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam*”. Os cuidadores concordam que na maior parte das vezes existem restrições sociais decorrentes do seu papel que os impedem de atividades sociais satisfatórias. À semelhança com o estudo de Sequeira (2010), a satisfação com as atividades sociais atinge os níveis mais baixos, defendendo a necessidade de alternativas assistenciais que permitam a participação dos cuidadores em atividades sociais significativas. Outros estudos reportaram as restrições sociais como uma das principais dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados em casa (Ramos, 2010; Bicho, 2013). Estas restrições nas atividades sociais e/ou recreativas são referidas no estudo de Sequeira (2010) como um problema, para os cuidadores, com repercussão moderada e/ou elevada gravidade.

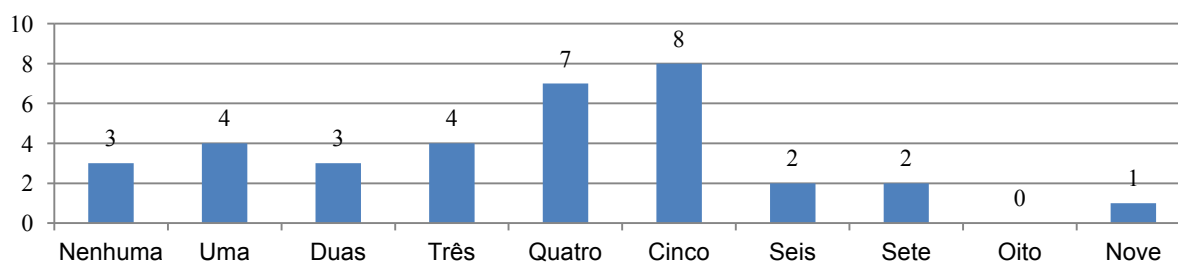
Stressor extragrupal, suporte social recebido: os dados obtidos sobre as características estruturais da rede, composição (fontes de suporte social designadas pelos cuidadores) e tamanho (número de cuidadores envolvidos) encontram-se ilustrados nos gráficos 1 e 2.

**Gráfico 1.** Designação dos cuidadores secundários e terciários que colaboram no cuidar em casa (frequência absoluta)



Os cuidadores secundários e terciários que colaboram nos cuidados em casa mais referidos foram os ajudantes familiares, filhos, vizinhos, empregados e enfermeiros. Entre os cinco grupos prevalentes de cuidadores designados, à exceção dos filhos, a maioria não têm relação de parentesco com os cuidadores primários.

**Gráfico 2.** Número de cuidadores secundários e terciários envolvidos na prestação de cuidados por pessoa em situação de dependência



Conforme definido por Alarcão e Sousa (2007), a maioria destas redes de suporte é pequena (número inferior 5 elementos) (85%), pelo que, conforme defende Sluzki (1998), os cuidadores podem estar vulneráveis em situações prolongadas de tensão, como é no caso dos cuidados de longa duração à pessoa em situação de dependência (Stewart, 1993).

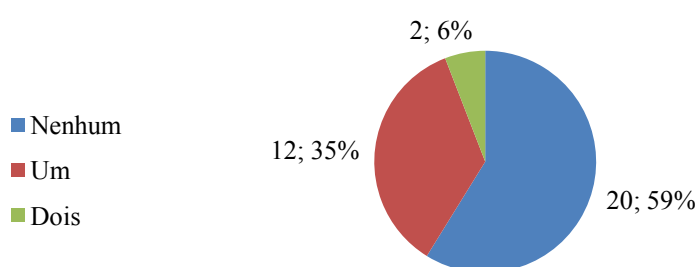
A informação obtida, sobre as características funcionais da rede, está esquematizada no quadro 7 e a análise completa no Apêndice VI.

**Quadro 7.** Funções dos cuidadores secundários e terciários

TEMA	CATEGORIA	FREQUÊNCIA
<b>Funções dos cuidadores secundários e terciários</b>	Ajuda de material/ instrumental e técnica/serviços	62
	Companhia social	17
	Apoio emocional	4
	Acesso a novos contatos	2
	Apoio cognitivo e aconselhamento	1

Podemos verificar que as respostas foram agrupadas em cinco categorias. Em conformidade com as categorias definidas por Sluzki (1998), otimizadas por Alarcão e Sousa (2007), a única função que não foi declarada pelos cuidadores primários foi a de regulação/ controlo social. Esta função é caracterizada por interações que relembram à pessoa quais as suas responsabilidades e papéis, ajudando-a a não efetuar desvios comportamentais e a resolver conflitos (Alarcão e Sousa, 2007; Sluzki, 1998). A não declaração pode ser entendida pelo caráter de ajuda mútua e interdependência que caracteriza a rede de cuidadores (Stewart, 1993). A categoria mais frequente, com 62 respostas, foi a área instrumental obtendo equivalência com a principal área de atuação do papel do cuidador, tal como descrito no estudo de Sequeira (2010).

Os dados obtidos sobre o conhecimento da rede de suporte ao cuidar em casa pelos cuidadores encontra-se no gráfico 3.

**Gráfico 3.** Número de recursos comunitários conhecidos pelos cuidadores informais primários para a assistência no cuidar em casa

Conforme se observa no gráfico 3, 20 (59%) cuidadores informais primários referem não conhecer recursos comunitários de suporte social à prestação de cuidados além dos que já usam. De acordo com Andrade (2009), o cuidador informal primário no seu percurso formativo vai adequando a rede de suporte ao estado clínico da pessoa em situação de dependência, recorrendo à rede social formal e informal, necessitando, para tal, de conhecer os recursos comunitários, em particular, os com serviço domiciliário.

A informação obtida sobre as necessidades de suporte social dos cuidadores está esquematizada no quadro 8.

**Quadro 8.** Necessidades de suporte social do cuidador primário

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQUÊNCIA
<b>Necessidades de suporte social dos Cuidadores Informais</b>	Necessidades sentidas para o cuidar da pessoa em situação de dependência	Serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio	8
		Serviço de recreação e ocupação dos tempos livres	6
		Serviço de apoio domiciliário noturno e nos dias não úteis	5
		Deslocação de serviços de estética e podologia ao domicílio	3
		Comparticipação de serviços para alívio do encargo financeiro	3
		Serviço de apoio psicológico	1
	Necessidades expressas para o exercício do papel de cuidador	Substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador	11
		Apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador	6
		(In) formação para cuidar	5
		Apoio instrumental para alívio do encargo de cuidar	2
		Apoio emocional para alívio do encargo de cuidar	1

As respostas sobre o tema necessidades de suporte social dos cuidadores informais foram separadas em duas categorias, a primeira por refletir respostas relacionadas com necessidades do cuidador para prestar cuidados à pessoa em situação de dependência e a segunda por refletir as respostas relacionadas com as necessidades para Si enquanto cuidador. A análise completa das subcategorias encontra-se no Apêndice VII.

As subcategorias com maior frequência da primeira categoria são:

- «serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio» (n=8) – respostas caracterizadas por necessidades de mobilização, reabilitação, adaptações do ambiente e produtos de apoio que aumentem a funcionalidade da pessoa em situação de dependência. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo de independência da pessoa (Sequeira, 2010), compreende a procura de soluções para otimização da independência na satisfação de atividades de vida diária;

- «serviço de recreação e ocupação dos tempos livres da pessoa cuidada» (n=6) – respostas caracterizadas por necessidades de animação e companhia social da pessoa em situação de dependência. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo de conservação cognitiva da pessoa, compreende a procura de soluções para a manutenção da interação social da pessoa (Sequeira, 2010).

As subcategorias com maior frequência da segunda categoria são:

- «substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador» (n=11) – respostas caracterizadas por necessidades de rendição de curta, média, longa duração ou permanente do papel de cuidador primário. Stoltz, Úden e Willman (2004) afirmam, como evidência forte, que os cuidadores familiares desejam serviços de substituição para descanso. Esta necessidade também é referida por Jeon, Brodaty e Chesterson (2005), para os cuidadores, alertando para o seu benefício e para as necessidades não satisfeitas por falta de alternativas assistenciais;

- «apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador» (n=6) – respostas caracterizadas por necessidades de obtenção de subsídios pelo desempenho do papel, comparticipação pelos encargos ativos com o cuidar e medidas de conciliação entre a atividade laboral e o papel de cuidador. Os encargos passivos e ativos com o cuidar são fonte de sobrecarga objetiva pelo que o apoio económico é decisivo (Sequeira, 2010). Porém, apesar das prestações pecuniárias para as pessoas em situação de dependência (MTSS, 2009), são escassas as medidas de proteção social do cuidador de pessoas em situação de dependência com mais de 65 anos (Gil, 2009).

#### 2.1.5 Diagnósticos de enfermagem

No quadro 9 encontram-se os diagnósticos, de acordo com o modelo teórico que suportou o projeto e os correlativos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0 (ICN, 2011). A transição para CIPE deveu-se ao seu uso na entidade de saúde A.



**Quadro 9.** Enunciados dos diagnósticos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		DADOS
NEUMAN 2011	CIPE 2.0	
Variável psicológica alterada (percepção dos recursos comunitários) relacionada com...	Défice de conhecimento sobre serviço comunitário <sup>14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 59% dos cuidadores afirmam não conhecer nenhum recurso comunitário para assistência no cuidar em casa para além do que já usa</li> <li>▪ 14,7 % dos cuidadores expressam a necessidade de obter (in)formação para cuidar</li> </ul>
Variável psicológica alterada (limitações percebidas no suporte social) relacionada com ...	Falta de apoio social <sup>15</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 58,8% dos cuidadores avaliam o suporte social existente total igual ou inferior a médio</li> <li>▪ 55,8% dos cuidadores avaliam o suporte social existente para as atividades sociais igual ou inferior a médio</li> <li>▪ 32,4% dos cuidadores expressam a necessidade de substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador</li> <li>▪ 23,5% dos cuidadores sentem necessidade de obter serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio para a pessoa cuidada</li> <li>▪ 17,6% cuidadores sentem necessidade de obter serviço de recreação e ocupação dos tempos livres para a pessoa cuidada</li> <li>▪ 17,6% cuidadores expressam a necessidade de apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador</li> </ul>

## 2.2 Definição das prioridades

A segunda fase do planeamento em saúde caracterizou-se pela aplicação de uma técnica, com critérios de ponderação ética, clínica e/ou administrativa, a uma lista ordenada de problemas comparáveis, com base na qual se optou entre as alternativas possíveis (Imperatori e Giraldes, 1982, Dúran, 1989 e Tavares, 1990). Conforme o quadro 9, ambos os diagnósticos apresentam mais que um fator causal, que correspondem a potenciais campos de intervenção. O défice de conhecimento sobre o serviço comunitário apresenta dois e a falta de apoio social apresenta dez – no quadro as quatro necessidades prevalentes – (além destes, existem dois enunciados, em *itálico*, que são uma avaliação do suporte social e não correspondem a fatores causais). Os fatores causais foram ordenados, antes da priorização, pela sua magnitude e convertidos à mesma forma de medição para comparação (percentagem de cuidadores). Posteriormente, os diagnósticos de enfermagem foram priorizados com recurso à grelha

14 “Código 10027371, Descrição do conceito: Conhecimento sobre o serviço comunitário” (ICN, 2011, p.125).

15 “Código 10022753, Termo: Falta de apoio social, Descrição do conceito: Apoio social” (ICN, 2011, p.127) Apoio social é um fenómeno do tipo Apoiar, Apoiar é definida como “Assistir: ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar peso, a manter-se em posição e a aguentar” (ICN, 2011, p.95).

de análise de Pineault e Daveluy (1986) referida por Tavares (1990). Esta priorização contou com a participação dos membros da equipa da entidade de saúde A e parceiros comunitários, após sessão de comunicação do diagnóstico de situação, disponível para consulta no Apêndice VIII. A falta de apoio social obteve um nível de recomendação de 2 (+++-) e o défice de conhecimento sobre o serviço comunitário de 9 (-+++). Por fim, considerada a capacidade técnica de intervenção e o horizonte temporal de quatro meses remanescentes, foram admitidos, em consenso com os orientadores pedagógico e da prática clínica, três campos de intervenção<sup>16</sup> do diagnóstico prioritário – a saber, serviço de reabilitação, ajuda técnica e de tecnologias de apoio, serviço de recreação e ocupação dos tempos livres da pessoa em situação de dependência e substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador – para as fases seguintes do planeamento.

## 2.3 Fixação dos objetivos

A terceira fase de planeamento em saúde caracteriza-se pela consideração de três ou quatro etapas na fixação de objetivos: (1) seleção dos indicadores<sup>17</sup> dos problemas de saúde prioritários, (2) determinação da tendência<sup>18</sup> dos problemas de saúde prioritários, (3) definição dos objetivos<sup>19</sup> e (4) a tradução destes em objetivos operacionais ou metas<sup>20</sup> (Imperatori e Giraldes, 1982). A projeção da tendência, situação futura do problema de acordo com a sua evolução natural (Imperatori e Giraldes, 1982), não é determinável por não existirem dados anteriores disponíveis sobre o suporte social na área geodemográfica. A definição dos objetivos na CIPE versão 2.0 resulta do modelo de sistemas de Neuman (2011) não proporcionar nenhuma taxonomia de objetivos/ resultados. No quadro 10 estão os enunciados dos objetivos fixados. Em conformidade com Imperatori e Giraldes (1982, p. 9 a 12), sobre a dinâmica do planeamento em saúde, os objetivos registados

---

16 “A definição de prioridades para uma área local não deverá exceder 4 ou 5 campos de intervenção” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.30).

17 O indicador é “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.43), pelo que podem ser de atividade/ execução ou de resultado/impacto. Os indicadores devem ser objetivamente mensuráveis, ou seja, conter “em si um conjunto de atributos ou de características que permitem calculá-lo por processos de medição/avaliação minimamente rigorosos, repetíveis e comparáveis, independentemente de quem os aplica” (Direção Geral de Saúde, DGS, 2003, p.11).

18 A “evolução natural do problema caso as condições atuais tecnológicas e outras se mantenham” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.45).

19 “Enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução do problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou impacto” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.45).

20 Enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.48).

são os revistos, consideradas as estratégias selecionadas e projetos elaborados. Não são registados, neste subcapítulo, os indicadores de execução por estarem conexos à execução de projetos.

**Quadro 10.** Enunciados dos objetivo geral, específicos e metas

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERACIONAIS
Contribuir para o aumento do suporte social, na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, na área geodemográfica, entre Novembro de 2012 e fevereiro de 2013	Aumentar <sup>21</sup> a satisfação com o suporte social na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais que usufruíram do serviço de substituição temporária, para pelo menos média, até fevereiro de 2012.	Oferecer <sup>22</sup> a pelo menos 4 cuidadores da área geodemográfica, um serviço de substituição de curta duração, através do programa de voluntariado, até fevereiro de 2012
	Aumentar a satisfação com o suporte social na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais que usufruíram do serviço de recreação e ocupação da pessoa em situação de dependência, para pelo menos média, até fevereiro de 2012.	Oferecer a pelo menos 4 cuidadores da área geodemográfica, um serviço de companhia social à pessoa em situação de dependência, através do programa de voluntariado, até fevereiro de 2012
	Aumentar a satisfação com o suporte social na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais que usufruíram do serviço de produtos e tecnologias de apoio, para pelo menos média, até fevereiro de 2012.	Oferecer a pelo menos 4 dos cuidadores da área geodemográfica, um serviço de produtos e tecnologias de apoio, através do programa mais qualidade de vida à pessoa em situação de dependência, até fevereiro de 2012.

## 2.4 Seleção das estratégias

A quarta fase de planeamento caracteriza-se pela consideração de oito etapas para a seleção de estratégias: (1) estabelecer critérios para a conceção de estratégias<sup>23</sup>, (2) enumerar as modificações necessárias<sup>24</sup>, (3) esboçar estratégias potenciais<sup>25</sup>, (4) escolher as estratégias mais realizáveis<sup>26</sup>, (5) descrever de forma detalhada as

21 Ação do tipo “alterar: ajustar alguma coisa para obter um resultado desejado para um nível superior” (ICN, 2011, p.95).

22 Ação do tipo “distribuir: dar uma oportunidade para.” (ICN, 2011, p.98).

23 “derivam principalmente da política subjacente” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.66).

24 Modificações nas técnicas, recursos, processos ou de política, “a introduzir no sistema existente”(Imperatori e Giraldes, 1982, p.66).

25 Esboço das linhas gerais das estratégias que “podem ser inteiramente novas ou retomar, aperfeiçoando-as, as estratégias existentes” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.67).

26 Consiste na “comparação entre as estratégias alternativas” quanto às vantagens, desvantagens, riscos e necessidades adicionais de recursos (Imperatori e Giraldes, 1982, p.67).

estratégias escolhidas<sup>27</sup>, (6) estimar custos das estratégias<sup>28</sup>, (7) avaliar a adequação dos recursos futuros<sup>29</sup> e (8) rever as estratégias e os objetivos.

Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) defendem que as decisões sobre a escolha de estratégias de suporte social devem

ser informadas pela avaliação cuidadosa de aspetos selecionados do ambiente social nos quais a população alvo está implicada, determinadas características pessoais dos membros dessa população e na consideração de necessidades não satisfeitas da população para certos tipos de suporte. (Cohen, Underwood e Gottlieb, 2000, p.197).

Além da argumentação supracitada para a importância de um diagnóstico de situação para a adequabilidade e seleção das estratégias de suporte social, Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) anunciam três critérios a considerar no desenho destas estratégias, tais como, (1) criar novos laços sociais para providenciar o suporte social necessário apenas quando se confirmou que esses laços não existiam no ambiente natural do cliente, (2) avaliar a satisfação com a intervenção de suporte social no fim da participação do cliente e não no fim da duração da intervenção, para conseguir obter feedback, sem viés, das necessidades não satisfeitas e (3) as estratégias devem sempre incluir o registo do número e das características dos clientes que não aceitaram o convite para aderir à intervenção de suporte social e, talqualmente, daqueles que desistiram, para conseguir obter feedback da profundidade e retenção da intervenção de suporte social no ambiente social. Com base proposições relacionais do modelo de sistema de Neuman (2011) foram incluídos também os seguintes critérios para a delineação das estratégias de intervenção: (1) introduzir *inputs*/mudanças no ambiente cujo resultado, devido à relação de reciprocidade entre o ambiente e o cliente-sistema, seja corretivo ou regulativo para o cliente ou (2) introduzir *inputs*/ trocas sociais que ajudem o cliente-sistema na interação estável com o stressores do ambiente, para que se consiga adaptar ou adapte o ambiente a si próprio.

Deste modo, considerou-se necessário (1) aumentar a diversidade, acessibilidade e informação sobre os serviços de suporte social para os cuidadores informais para o cuidar em casa, (2) reunir, organizar e otimizar os produtos e tecnologias de apoio da área geodemográfica, (3) recrutar voluntários para as funções de apoio emocional, companhia social à pessoa em situação de dependência e/ou apoio instrumental ao

---

27 Descrever a tecnologia, a população alvo, serviços de apoio e recursos necessários e modificações organizacionais previstas (Imperatori e Giraldes, 1982).

28 Calcular custos globais e/ou adicionais da estratégia (Imperatori e Giraldes, 1982).

29 Determinar, por categoria de recurso (humano, material, equipamento, ...), a suficiência no futuro (Imperatori e Giraldes, 1982).

cuidador e (4) estabelecer acordos de parceria para respostas de suporte social integrada no âmbito do serviço de apoio domiciliário.

As estratégias de intervenção possíveis, baseadas nas intervenções da taxonomia *Nursing Intervention Classification* (Bulecheck, Butcher e Dochterman, 2013) porque o modelo de sistemas de Neuman (2011) não proporciona nenhuma e contrariamente à CIPE estabelece ligações clínicas baseadas em evidência, são: (A) *Caregiver support*<sup>30</sup> através da informação<sup>31</sup>, orientação antecipada<sup>32</sup> e educação<sup>33</sup> dos cuidadores sobre os recursos comunitários existentes com serviços domiciliário, (B) *Support system enhancement*<sup>34</sup> através da instalação<sup>35</sup> de um banco integrado de produtos e tecnologias de apoio para a área geodemográfica, (C) *Caregiver support* através da preparação<sup>36</sup> de voluntários para a ocupação dos tempos livres e recreação da pessoa em situação de dependência e/ou substituir temporariamente o cuidador principal e (D) *Support system enhancement* através da instalação de serviço de apoio domiciliário no período noturno e nos dias não úteis. A comparação das estratégias encontra-se disponível no Apêndice IX.

As estratégias selecionadas, em reunião com o orientador clínico e pedagógico, foram as estratégias B e C. A descrição detalhada das estratégias B e C encontra-se no quadro 11. As etapas «estimar custos» e «adequação futura dos recursos» não foram consideradas porque o orientador clínico, coordenador da entidade de saúde A, validou a sua viabilidade.

**Quadro 11.** Descrição detalhada de estratégias, adequação e suficiência de recursos

	População-alvo	Serviços de apoio	Recursos necessários	Modificações organizacionais previstas
<b>Estratégia B</b>	Cuidadores informais de pessoas em situação de dependência	Transporte de produtos de apoio volumosos e/ou pesados Serviço de manutenção do material Serviço administrativo de receção e encaminhamento de requerimentos	Sala de armazenamento Produtos de apoio da área da saúde da entidade de saúde A	Centralização dos requerimentos de produtos de apoio da área geodemográfica
<b>Estratégia C</b>		Serviço administrativo de agendamento e marcação de sessões de acompanhamento dos voluntários	Seguro para os novos voluntários	Reforço das sessões de preparação dos voluntários

30 "Provision of the necessary information, advocacy and support to facilitate primary patient care by someone other than a health care professional" (Bulecheck, Butcher e Dochterman, 2013, p.113).

31 Informar é uma "ação: comunicar alguma coisa a alguém" (ICN, 2011, p.97)

32 Orientar antecipadamente é um ação do tipo "orientar: encaminhar as pessoas sobre assuntos de saúde antecipadamente a um evento" (ICN, 2011, p.98).

33 Educar é uma ação do tipo "ensinar: transmitir conhecimentos sobre alguma coisa ou alguém" (ICN, 2011, p. 96).

34 "Facilitation of support to patient by family, friends or community" (Bulecheck, Butcher e Dochterman, 2013, p.362).

35 Instalar é uma ação do tipo "executar: colocar ou fixar um aparelho em posição de ser utilizado" (ICN, 2011, p.97)

36 Preparar é uma ação do tipo "executar: fazer com que alguém ou alguma coisa fique pronto" (ICN, 2011, p.99).

Como estratégia de apoio, para assegurar a continuidade dos projetos na entidade de saúde A, foi selecionada a *Health Care Information Exchange*<sup>37</sup>.

Por fim, conforme esperado, os objetivos fixados foram revistos.

## **2.5 Elaboração de programas e projetos**

A quinta fase de planeamento em saúde caracteriza-se pela definição de programas e/ou projetos – “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.86). Assim, foram elaborados dois projetos, o Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA) (Apêndice X) e o Cuidador Descansado, Melhor Cuidado (CDMC) (Apêndice XI).

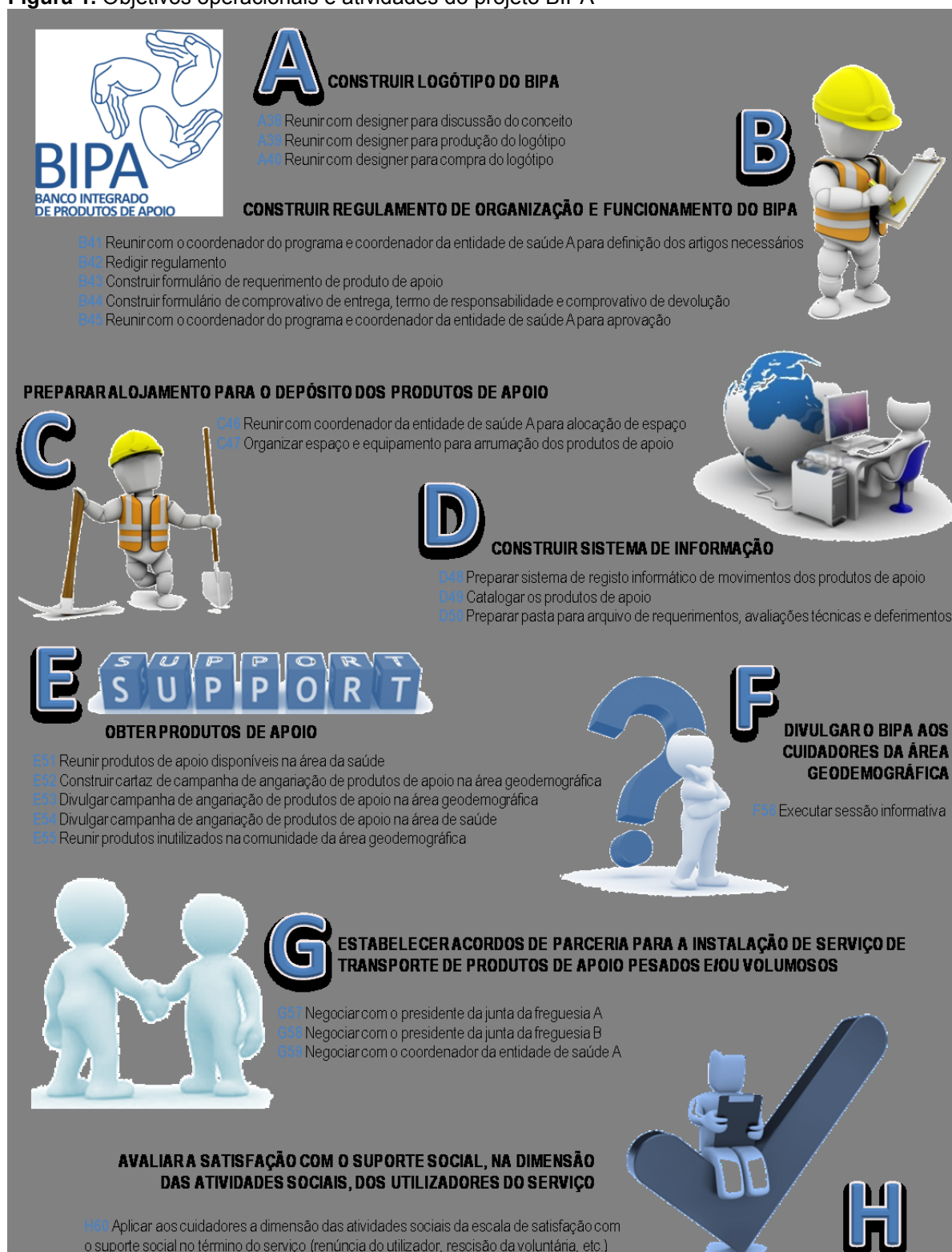
O BIPA é um serviço de assistência direta ao cuidador e/ou pessoa em situação de dependência na seleção, aquisição e uso de um produto e/ou tecnologia de apoio. Este projeto foi integrado no programa Mais qualidade de vida para a pessoa em situação de dependência, da entidade de saúde A, porque tem como população-alvo as pessoas em situação de dependência e como objetivo geral «aumentar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência» e específico «capacitar os familiares cuidadores/cuidadores informais na re(h)abilitação da pessoa em situação de dependência». Os objetivos operacionais e as atividades deste projeto encontram-se na figura 1.

O CDMC é um serviço de substituição de curta duração do cuidador informal por um voluntário e respetiva recreação/ocupação da pessoa em situação de dependência. Este projeto foi integrado no Programa Voluntariado Porta Aberta, da entidade de saúde A, porque tem como população-alvo as díades pessoa em situação de dependência/familiar cuidador e como objetivo geral «aumentar o bem-estar da pessoa em situação de dependência/ familiar cuidador» e específicos «realizar visitas domiciliárias à pessoa em situação de dependência/ familiar cuidador para estabelecer uma interação significativa» e «colaborar com a pessoa em situação de dependência/ familiar cuidador em pequenas tarefas que não envolvam manuseamento de valores financeiros». Os objetivos operacionais e as atividades deste projeto encontram-se na figura 2.

---

37 “Providing patient care information to other health professionals” (Bulecheck, Butcher e Dochterman, p.210).

**Figura 1. Objetivos operacionais e atividades do projeto BIPA**





**Figura 2. Objetivos operacionais e atividades do projeto CDMC**





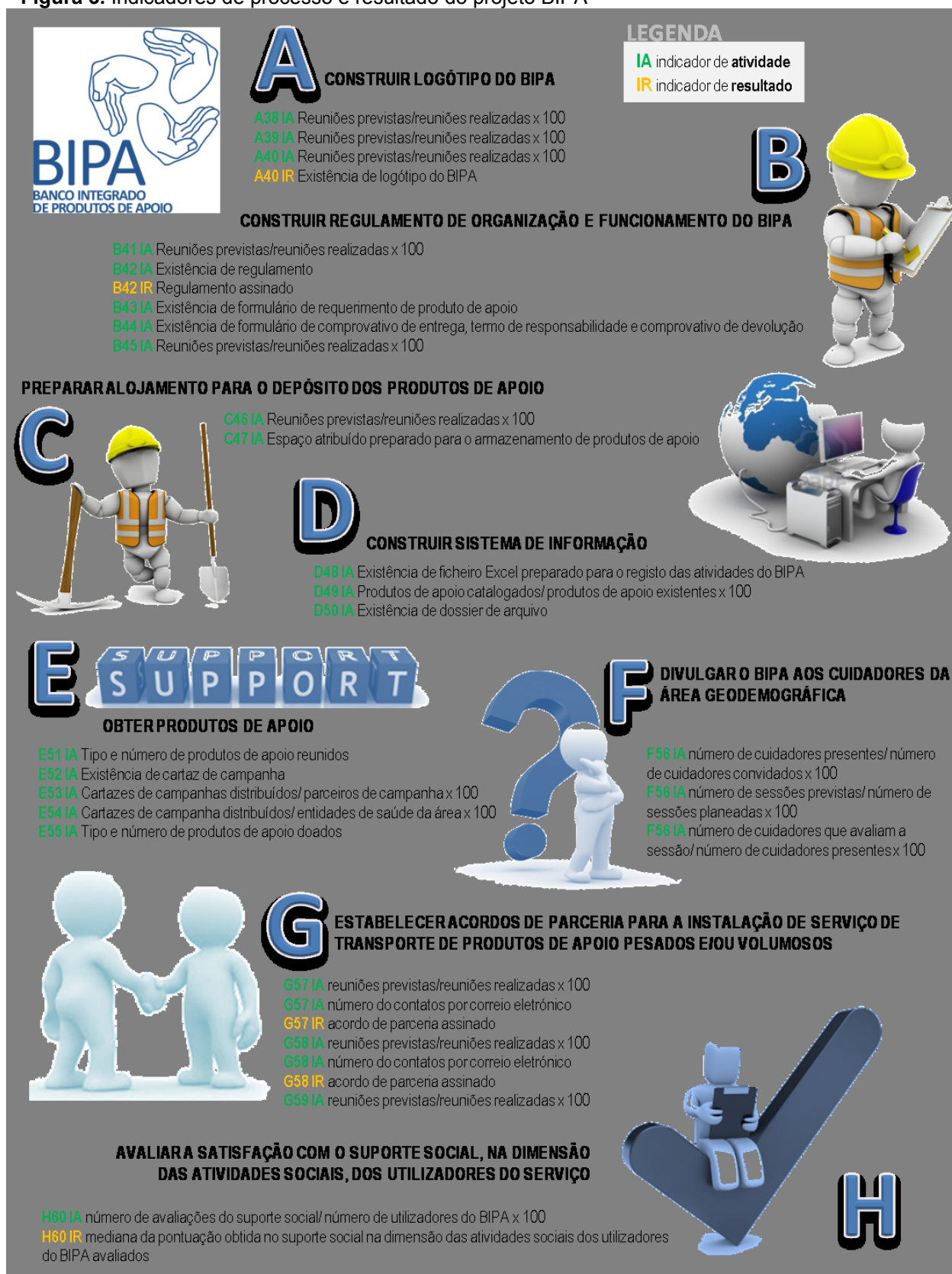
## **2.6 Preparação da execução**

A sexta fase de planeamento em saúde serve “sobretudo propósitos didáticos, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.115), e caracteriza-se pela consideração das “inter-relações entre as diferentes atividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar em suma a realização das atividades” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.115). Assim, elaborou-se um diagrama de Gantt com a distribuição as atividades dos dois projetos no horizonte temporal de implementação, disponível para consulta no Apêndice XII.

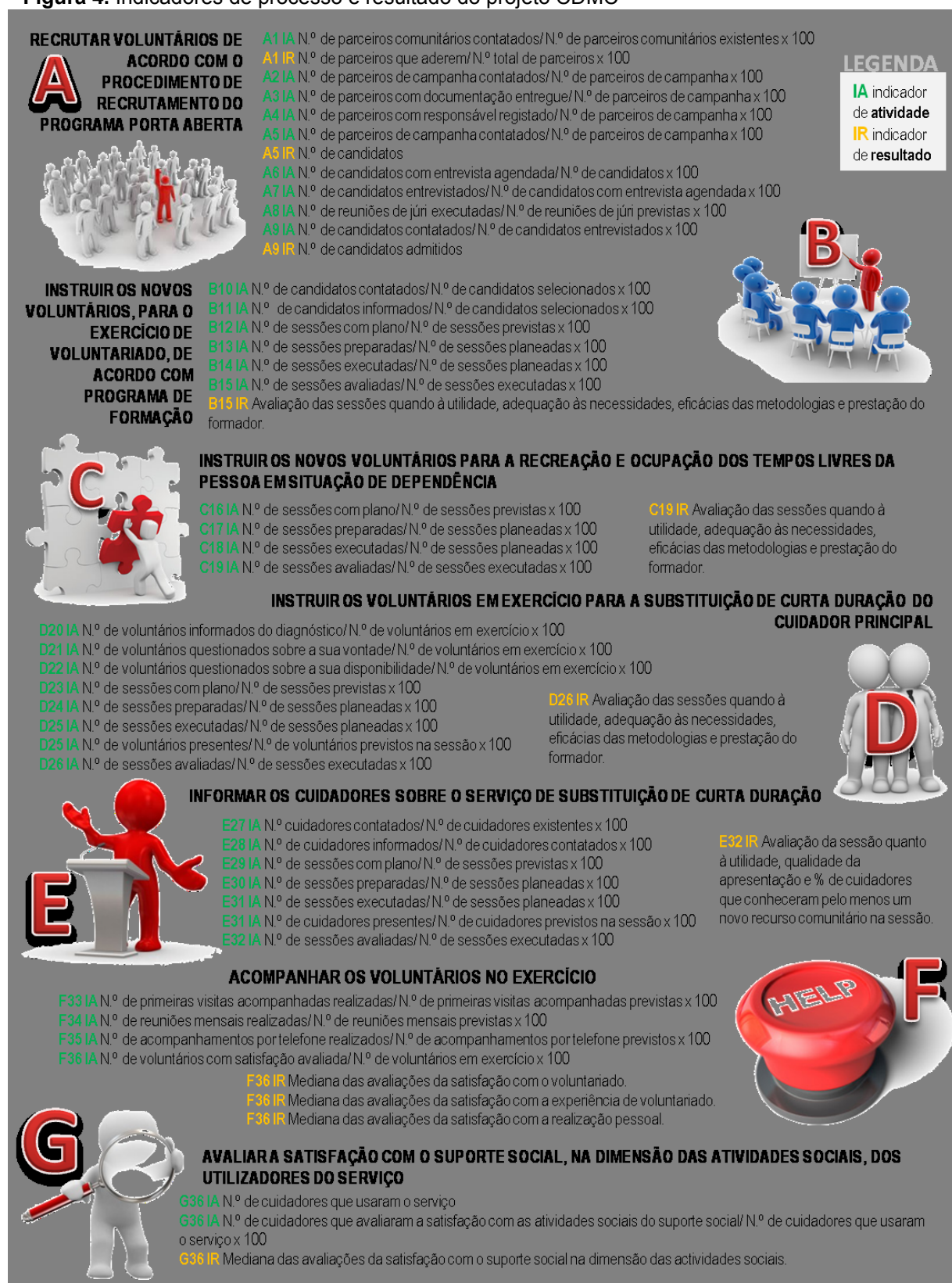
## **2.7 Avaliação dos projetos**

A sétima fase de planeamento em saúde serve para demarcar a diferença entre a situação inicial e os objetivos e metas delineados, evidenciando o controlo na execução e os progressos obtidos, permitindo a intervenção regulativa e/ou corretiva e atualização dos projetos, atividades e recursos (Imperatori e Giraldes, 1982). Assim, foram considerados os indicadores de processo e resultado do BIPA e CDMC, ilustrados nas figuras 3 e 4. A aplicação dos indicadores de ambos os projetos encontra-se disponível no apêndice XIII, a versão resumida encontra-se no quadro 12.

**Figura 3. Indicadores de processo e resultado do projeto BIPA**



**Figura 4.** Indicadores de processo e resultado do projeto CDMC



**Quadro 12.** Resumo das avaliações do projetos

	BIPA	CDMC
<b>AValiação da Atividade</b>	<p>O logótipo, formulários e regulamento foram construídos e validados.</p> <p>O BIPA obteve alojamento e reuniu produtos de apoio dispersos, através da recolha interna nas unidades de saúde (30 produtos) e campanha de angariação na comunidade (7 produtos). Estes foram listados e o sistema de informação construído.</p> <p>Foram assinados acordos de parceria, com as juntas de freguesia da área geodemográfica, para o transporte de produtos volumosos/ pesados de pessoas em carência económica e/ ou social e para divulgação do BIPA.</p> <p>O serviço foi divulgado junto dos cuidadores informais, através de parceria com estudantes da licenciatura de enfermagem, numa ação educativa sobre recursos comunitários com serviço domiciliário. Estiveram presentes 6 cuidadores, que avaliaram a sessão como totalmente útil, a qualidade de apresentação excelente e 4 cuidadores conheceram novos recursos comunitários com a ação educativa.</p>	<p>Foram admitidos dois novos voluntários, de cinco candidatos, através da campanha realizada. Os dois novos voluntários completaram a preparação para a recreação e ocupação da pessoa em situação de dependência ao assistir às 4 ações educativas de integração realizadas sobre voluntariado, código de conduta, recursos comunitários com serviço domiciliário e estratégias de recreação e ocupação. Os novos voluntários avaliaram as sessões como totalmente úteis, adequadas às necessidades, com metodologia eficaz e a prestação do formador como excelente. Os novos voluntários só iniciaram o período experimental posteriormente a fevereiro de 2013.</p> <p>Foram admitidos à preparação para a substituição de curta duração do cuidador primário, todos os voluntários em exercício (n=4). Os quatro voluntários completaram a preparação ao assistir às 4 ações educativas realizadas sobre estratégias de alimentação, mobilização e eliminação e recursos comunitários com serviço domiciliário. Os voluntários avaliaram as sessões como totalmente úteis, adequadas às necessidades, com metodologia eficaz e a prestação do formador como excelente.</p> <p>Três dos voluntários em exercício avaliaram a sua satisfação: mediana de 6 em 7 na satisfação com a experiência de voluntariado, com a realização pessoal e com o voluntariado.</p> <p>O serviço foi divulgado junto dos cuidadores informais, através de parceria com estudantes da licenciatura de enfermagem, numa ação educativa sobre recursos comunitários com serviço domiciliário. Estiveram presentes 6 cuidadores, que avaliaram a sessão como totalmente útil, a qualidade de apresentação excelente e 4 cuidadores conheceram novos recursos comunitários com a ação educativa.</p>
<b>AValiação do Resultado</b>	<p>O BIPA foi utilizado por 7 cuidadores e o seu grau de satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, após utilização do BIPA, foi alto (mediana=4).</p> <p>Foi oferecido a 8,9% dos cuidadores existentes à data de Maio de 2012, na área geodemográfica, um serviço de produtos e tecnologias de apoio, através do programa mais qualidade de vida à pessoa em situação de dependência, até fevereiro de 2013.</p>	<p>O serviço de substituição foi utilizado por 2 cuidadores e o seu grau de satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, após utilização, foi alto (mediana=4).</p> <p>Foi oferecido a 2,5% dos cuidadores, existentes à data de Maio de 2012, na área geodemográfica, um serviço de substituição de curta duração, através do programa de voluntariado, até fevereiro de 2013.</p> <p>O serviço de recreação e ocupação da pessoa em situação de dependência foi utilizado pelos mesmos 2 cuidadores e o seu grau de satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, durante a utilização, foi alto (mediana=4).</p> <p>Foi oferecido a 2,5% dos cuidadores existentes à data de Maio de 2012, na área geodemográfica, um serviço de companhia social à pessoa em situação de dependência, através do programa de voluntariado, até fevereiro de 2013.</p>

## 2.8 Limitações e constrangimentos

As estratégias de intervenção de suporte social ao criarem novas relações sociais, com base no voluntariado, e mudanças no ambiente social, com estruturação de serviços, implicaram participação comunitária, mobilização dos parceiros sociais e

colaboração intersectorial. A imprevisibilidade de participação efetiva dos voluntários, a acessibilidade aos líderes, o número de pessoas envolvidas, as diferentes motivações e agendas tornaram o processo da instalação destes serviços mais complexo e moroso. Todavia, o recurso a estratégias de apoio com base em parcerias, tais como, o recurso ao banco de voluntários, patrocínio da junta de freguesia para o seguro de acidentes pessoais das voluntárias, participação das alunas da licenciatura na divulgação dos recursos comunitários com serviço de apoio domiciliário aos cuidadores, entre outros, foram a solução para reduzir os constrangimentos referidos e tornar efetiva a instalação dos serviços. A duração do estágio é única limitação a referir, na medida em que outras atividades e colaborações poderiam ter sido desenvolvidas com um recurso temporal mais amplo.

## **2.9 Considerações éticas**

O quadro referências ético e deontológico, considerado na implementação do projeto, é composto pelo código deontológico dos enfermeiros, em especial observância pelo artigo 80º e 85º, que expressa respetivamente o dever pela comunidade e o segredo profissional (OE, 2003), e as *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects* (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002).

As entrevistas e visitas domiciliárias realizadas respeitaram o princípio da informação, relacionada com os riscos e benefícios do projeto, e foi garantida a livre escolha de participação, assim como a confidencialidade dos dados obtidos na análise de situação. As mesmas foram combinadas mediante as parcerias intersectoriais comunitárias com a entidade de saúde A e diferidas através do consentimento informado do cuidador informal primário da pessoa em situação de dependência. O trabalho desenvolvido teve por base os princípios de beneficência, não maleficência e autonomia (Beauchamp e Childress, 2009), ao considerar o benefício da execução dos projetos para o grupo vulnerável, foco de intervenção, e a ausência de malefício ou risco na participação no mesmo, bem como, a participação livre e esclarecida.

A utilização da Escala de satisfação com o suporte social foi autorizada pelo autor, para todos os fins considerados no trabalho de projeto (Anexo I).

O estágio foi viabilizado pelo protocolo de colaboração entre a entidade de saúde A e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A supervisão clínica foi realizada por enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros.

### 3. CONCLUSÃO

Neste capítulo são descritas as implicações para a clínica, formação e investigação em enfermagem resultantes do trabalho de projeto, as competências do enfermeiro especialista desenvolvidas com a sua execução e outras considerações finais.

#### 3.1 Implicações para a prática clínica, formação e investigação em enfermagem

Prática clínica: a instalação deste tipo de serviços complementa o suporte social existente com outros serviços de apoio ao cuidador. O investimento em serviços de voluntariado nos serviços de saúde e sociais para a saúde, podem ajudar as equipas nos planos terapêuticos e permitir aos cuidadores obter um serviço gratuito, de proximidade e que apoie a continuidade dos cuidados em casa na sua ausência. O investimento em serviços de tecnologias de apoio tem potencial para os cuidadores e pessoas em situação de dependência, os quais podem incluir – além dos produtos de apoio adequados que simultaneamente aumentam a segurança do cuidador e a independência da pessoa cuidada – serviços de pequenas obras de adaptação da casa à deficiência, dependência ou cuidados e produtos de apoio especializados à senescência.

Formação: é uma realidade, na formação pré-graduada em enfermagem, a discussão sobre a interajuda e interdependência das redes sociais e as relações profissionais com estas. Contudo, como nem todas as interações e/ou trocas sociais são reconhecidas pelas pessoas como suporte social satisfatório, o enfermeiro deve ser incentivado a identificá-lo com recurso a instrumentos de medida de suporte social percebido e recebido.

Investigação: no diagnóstico de situação foi constatada a ausência de instrumentos validados para avaliar o suporte social recebido pelo cuidador, pelo que poderia ser investida investigação com esse objetivo. O maior desafio na investigação do suporte social em enfermagem consiste na identificação de quais são intervenções estratégicas de enfermagem, modificadoras do ambiente social e/ou interações sociais ou fortalecedoras da rede natural de suporte, que têm maior efetividade para atingir as metas relacionadas com a saúde, tendo em conta as circunstâncias, necessidades e preferências dos beneficiários considerados.

### **3.2 Desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem comunitária**

O início do desenvolvimento autónomo das competências como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é o objetivo da presente formação pós-graduada. A reflexão do seu estado fez-se com recurso ao regulamento específico de competências (OE, 2010), regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados do colégio da especialidade de enfermagem comunitária (OE, 2011) e os níveis de competência definidos por Benner (2001).

Concluimos que, no contexto do presente trabalho de projeto, foi permitido:

- o estabelecimento de um diagnóstico de situação relativamente ao uso do suporte social, pelo grupo agregado de cuidadores, de acordo com um modelo de enfermagem (Neuman, 2011) e uma metodologia de planeamento em saúde que impulsiona “o envolvimento de todos os setores económicos e sociais que condicionam a saúde da população” (Imperatori e Giraldes, 1982, p.6);
- contribuir para o processo de capacitação do grupo agregado para o uso otimizado da rede de suporte social, a divulgação dos recursos comunitários com serviços ao domicílio e a estruturação de serviços de suporte social adequados aos cuidadores;
- integrar os objetivos das políticas nacionais e regionais de saúde determinadas para este grupo, nomeadamente as expostas no capítulo 1;
- cooperar na respetiva vigilância epidemiológica do suporte social a nível local e contribuir para a previsão da sua tendência.

Atualmente, com base no currículo, experiência profissional e formação atual do 2.º ciclo o mestrando avalia-se como: (1) iniciado avançado para o estabelecimento, como base na metodologia de planeamento em saúde a nível local, na avaliação do estado de saúde de um grupo; (2) iniciado avançado para o processo de capacitação de um grupo de cuidadores de pessoas em situação de dependência; (3) iniciado avançado para a coordenação de programas, no plano operacional de uma unidade de cuidados da comunidade; e, (4) iniciado, para a vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Contudo, consideradas todas as competências e unidades de competência, avalia-se em iniciado.



Além das competências supracitadas, as *softskills* (Jain, 2009) também progrediram. A competência de comunicação através das diferentes sessões de apresentação, ações educativas, negociações de acordos de parceria e do presente relatório; a de pensamento crítico e solução de problemas através da procura de solução aos constrangimentos e ao uso da evidência na ação; a de trabalho de equipa através do envolvimento multiprofissional no trabalho de projeto e no contributo para o plano de ação da entidade de saúde A; a de aprendizagem contínua através da procura de informação e atualização permanente; a de liderança através da liderança de dois projetos de instalação de serviços comunitários e habilidade da supervisão de um grupo de voluntários; e por fim, a de ética profissional, que se traduz no já descrito subcapítulo 2.9.

### **3.3 Considerações finais**

Em conformidade com Stewart (1993) e Neuman (2011) a interação entre os três sistemas abertos – enfermeiro, cuidador e rede social de *lay helpers* (ajudantes naturais) – como parceiros constitui uma forma de articulação sistémica. O enfermeiro pode atenuar ou prevenir problemas de saúde associados a redes de suporte social esgotadas ou deficitárias pela sua mobilização, aumento da rede natural ou através do suporte social suplementar temporário de enfermagem ao cuidador. Os cuidadores interagem contínua e mutualmente com os seus ambientes, enquanto procuram a independência e a interdependência, e os serviços de suporte social podem ajudar nesse equilíbrio sistémico, através de *inputs* por modificações ambientais ou relações interpessoais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale Sul do Tejo, IP (ARSLVT, IP). (2011). *Plano estratégico da ARSLVT, IP 2011-2013*. Lisboa: Autor.
- Alarcão, M., Sousa, L. (2007). Rede Social Pessoal: Do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Minho. Apresentada na Universidade do Minho.
- Assessing Needs of Care in European Nations (ANCIEN). (2011). *The supply of informal care in Europe*. Europe: European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Augusto, B. M. J. et al. (2005). *Cuidados continuados, família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Beauchamp, T., Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Bicho, A. I. B. (2013) *Capacitar o cuidador familiar para gerir as dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência*. Relatório de estágio de natureza profissional, para obtenção do grau de mestre, não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. e Dochterman, J. M. (2013). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. United States of America: Elsevier.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., Almeida, M. F. e Cabaço, S. (2011). *Seniores de Lisboa: capital social e qualidade de vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2009). *Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Clipp, E., George, L. (1990). Caregivers needs and patterns of social support. *Journal of Gerontology*. 45(3), 102-111.
- Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H. (2000). *Social Support Measurement and*

*Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.

Comissão Europeia (2012). *Portal Saúde União Europeia*, [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_pt.htm). Acedido em 2012/04/15.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2002). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Geneva: CIOMS.

Decreto-Lei N.º28 de 22 de fevereiro de 2008. (2008). *Diário da República II Série*, N.º 38, (2008-02-22), 1182-1189.

Deliberação N.º 967 de 1 de Junho de 2010. (2010). *Diário da República II Série*, N.º 106 (2010-06-01), 30278-30292.

DGS (Direção-Geral de Saúde). (2003). *Saúde na comunidade: guia orientador para a elaboração de indicadores*. Lisboa: Autor.

Durán, H. (1989). *Planeamento em saúde, aspetos conceptuais e operativos*. Lisboa: Guide-Artes Gráficas, Lda.

ESEL (2012). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: normas APA*. Lisboa: Autor.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência, Lda.

Gil, A. (2009). *Conciliação entre a vida profissional e a vida familiar: o caso da dependência*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.

Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência, Lda.

Iarossi, G. (2006). *The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents*. Washington: The World Bank.

Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011), <http://www.ine.pt/>. Acedido em 2012/04/13

International Council of Nursing (ICN). (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Jain, V. (2009). *Importance of soft skill development in education*. Disponível em: <http://schoolofeducators.com/2009/02/importance-of-soft-skills-development-in-education/>
- Jeon, Y., Brodaty, H., Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 49(3), 297-306.
- Kaplan, R. M., Patterson, T. L., Kerner, D., Grant, I. e HIV Neurobehavioral Research Center (1997). Social support: cause or consequence of poor health outcomes in men with HIV infection? In: Gregory R. Pierce, Brian Lakey, Irwin G. Sarason, and Barbara R. Sanson (edts.) *Sourcebook of Social Support and Personality* (pp.279-301), edited by Plenum Press, New York.
- Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a saúde, dos fundamentos à ação*. Coimbra: Almedina.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW statistics : (ex-SPSS)*. Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Mestre, M. J. (2010) Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes. Dissertação, para obtenção do grau de mestre em psicologia. Faro. Apresentada na Universidade do Algarve.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Gabinete de estratégia e planeamento (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Autor.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Boston: Pearson.
- Nightingale, F. (2011). *Notas sobre enfermagem, um guia para os cuidadores na actualidade*. Loures: Lusociência.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2012). *Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2012-2014*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa (OLCPL) (2011) – *Retratos de Lisboa: indicadores para o estudo da pobreza na cidade de Lisboa*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Autor.
- OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Autor.

- OE (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Autor.
- Pearlin, L., Mullan, J. T, Semple, S. J., Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The gerontologist*. 30, 583-594.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012a). *Estratégias para a Saúde: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012b). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos, cidadania em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012c). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012d). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – políticas saudáveis*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012e). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – qualidade em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012f). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - fortalecer a participação de Portugal na saúde global*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012g). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Obter ganhos em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012h). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012i). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – versão resumo*. Lisboa: DGS.
- PORDATA (2013), <http://www.pordata.pt/>. Acedido em 29/01/2013.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, P. (2010). *Transição hospital/ casa – dificuldades dos cuidadores familiares*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado.

- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo editora.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shields, C. (1992). Family interaction and caregivers of Alzheimer's disease patients: correlates of depression. *Family Process*. 31(3), 19-32.
- Singer, J.E., Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: A. Baum, S. Taylor e J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health*. 4, 269-278. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la Pratica Sistemica*. Barcelona: Editorial.
- Sluzki, C.E. (2003). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating Social Support in Nursing*. USA: SAGE.
- Stoltz, P., Udén, G., Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nordic College of Caring Sciences. 18, 11-119.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Unidade de Cuidados da Comunidade de São Mamede e Santa Isabel (UCCSMSI) (2010). *Plano de Acção*. Lisboa: Autor.
- Vrabec, N.J. (1997). Literature review of social support and caregiver burden, 1980 to 1995. *The journal of Nursing Scholarship*, 29(4), 383-388.
- Williams, P., Barclay, L., Schmied, V. (2004). Defining Social Support in Context: a necessary step in improving research, intervention and practice. *Qualitative Health Research*. 14(7), 942-960.
- Wright, L. M., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias, um guia para a avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

**ANEXOS**

**ANEXO I – Autorização para o uso da Escala de Satisfação com o  
Suporte Social**





**APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Caracterização da rede social formal que presta suporte social aos cuidados informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade**

TEMA	CATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Função da rede social formal	Acesso a novos contatos	“(…) encaminhamento para recursos comunitários (…)” (TP1) “Encaminhamento para os respectivos serviços através de articulação (…)” (TP2) “Informações relativas a subsídios e a serviços (…)” dá a conhecer, informa os direitos sociais e de assistência. (TP2) “Informação sobre os recursos comunitários e encaminhamento.” (TP3)	4
	Ajuda de material e serviços	“(…) avaliação de sinais e parâmetros vitais (…)” (TP1) “(…) tratamento de feridas (…)” (TP1) “Cartão de crédito para pessoas idosas carenciadas para comparticipação de alimentos e medicamentos.” (TP3) “Serviço de refeições [almoço e lanche] (…)” (EAS B) “(…) higiene pessoal (…)” (EAS B) “(…) higiene doméstica (…)” (EAS B) “(…) tratamento de roupa (…)” (EAS B) “Transporte (apenas para vir ao centro de dia e retornar a casa)” (EAS B) “serviço de apoio domiciliário” (EAS C)	9
	Companhia social	“(…) acompanhamento de diligências [consultas, compras, cabeleireiro, etc.]” (EAS B)	1
	Guia cognitivo e de conselhos	“(…) ações educativas (…)” (TP1)	1
	Regulação social	“(…) mobilização familiar (…)” (TP1)	1
Capacidade da rede social formal	Capacidade real	“atualmente 25 com os recursos atuais” (EAS C) “resposta é impossível com os recursos humanos atuais (7 ajudantes familiares)” (EAS B) “relativas a apoios Sociais/ direitos Sociais podemos atender até 6 situações novas por semana” (TP2)	3
	Capacidade formal	“Não há capacidade máxima calculada” (TP1) (TP2) “a população da Freguesia de Santa Isabel” (TP3) “Limite máximo de 90 pessoas para o SAD” (EAS B) “20 máximo” (EAS C)	4
Acessibilidade à rede social formal	Critério geográfico	“proximidade geográfica com o centro de dia” (EAS C) “ser da área geodemográfica” (TP2) (TP3)	3
	Critério financeiro	“rendimentos per capita” (EAS C) (EAS B) (TP3)	3
	Critério biológico	“idade do cliente” (EAS C)	1
	Critério clínico	“situações de emergência social” (EAS C) “risco de isolamento social” (EAS C) “os da rede nacional de cuidados continuados integrados” (TP1) “grau de dependência” (EAS C)	4
	Critério social	“ausência ou impossibilidade da família em assegurar o apoio necessário” (EAS C)	1
	Critério de ligação	“membro da [EAS C]” (EAS C) “familiar de colaborador” (EAS C) “familiar de cliente a frequentar a valência de centro de dia” (EAS C)	3

**Ficha técnica:** análise categorial (Bardin, 2008); n = 6 (3 entidades comunitárias e 3 técnicos de saúde); corpus da análise - registos das entrevistas a n, incluindo os documentos fornecidos no contexto das mesmas; regra de enumeração – frequência; objetivo da análise - caracterizar as redes sociais formais que prestam suporte social aos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade.

## GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### OBJECTIVOS

- a) Caracterizar a rede e suporte social disponibilizado pelos parceiros sociais;
- b) Identificar a pessoa de referência para a reforma da rede social e criação de novos protocolos de capital social em conformidade com o diagnóstico de situação;
- c) Identificar os cuidadores informais que não recorrem aos serviços de saúde para obter suporte social na assistência de pessoas em situação de dependência

### QUESTÕES

1. Quais são os serviços de suporte social que dispõem aos cuidadores informais para ajudar pessoas em situação de dependência nas suas atividades de vida diária em casa?
2. Quantas pessoas usam esses serviços?
3. Quem são essas pessoas?
4. Qual é capacidade total da vossa rede?
5. Tem algum grupo de voluntários que participe nestes serviços?
6. Quais são os critérios para aceder aos serviços mencionados?
7. Quais são os custos financeiros para o consumidor destes serviços?
8. Conhece mais algum recurso comunitário, formal e informal, nesta área geodemográfica que preste os mesmos serviços ou similares? Quais?
9. Deseja participar na reforma das nossas redes e serviços em conformidade com as necessidades e problemas identificadas pelos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência?
10. Quem é para vós a pessoa de referência para participar na reforma das nossas redes sociais?

Sugestões para o nosso projeto?

## **APÊNDICE II – Caraterização da comunidade da área geodemográfica**

## CARATERIZAÇÃO DA COMUNIDADE DA ÁREA GEODEMOGRÁFICA, ENQUADRADA AOS NÍVEIS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE (MARÇO DE 2012)

**NOTA:** O planeamento em saúde (PeS) é “o processo que a administração de saúde, em conjunto com a população, leva a cabo, para conseguir, em áreas (países, regiões, etc.) e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição” (Durán, 1989, p.19). Este é usado em diferentes níveis e pode definir-se em tipologias distintas, nomeadamente em três, considerando as respetivas abordagens, a racional ou pragmática, a organizacional ou populacional e a de níveis (Tavares, 1990). Os níveis de PeS são o político, estratégico, tático e operacional (Sena, Ferrinho e Miguel, 2006).

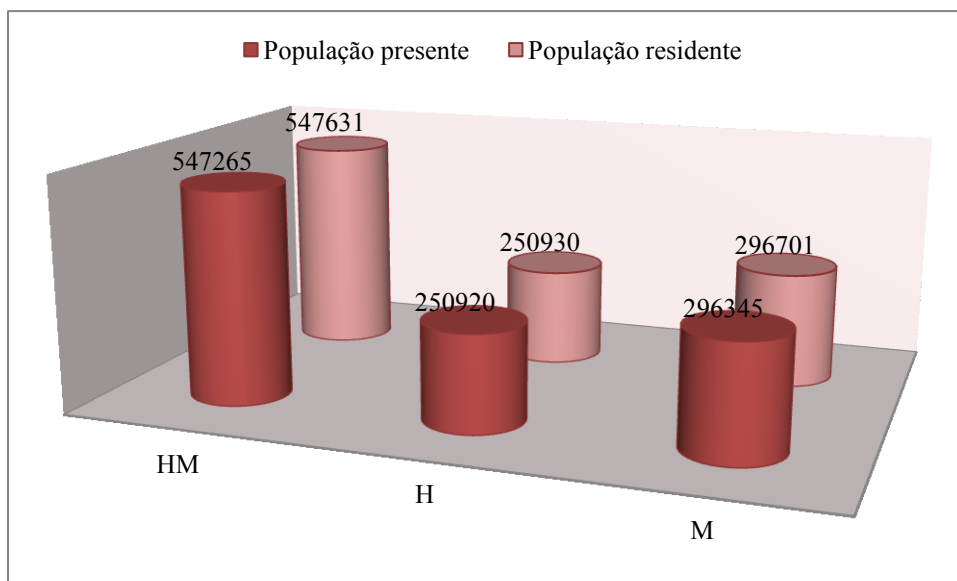
A **nível político** do PeS, no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, é caracterizado o perfil de saúde da população portuguesa, determinadas as estratégias políticas e objetivos para a ação em saúde. De acordo com os dados provisórios do censo do INE 2011, existem 10'561'614 habitantes em Portugal, 1'572'546 com idade inferior a 15 anos (14,89%) e 2'022'504 com idade superior a 65 anos (19,15%). A percentagem de pessoas potencialmente ativas é de 65,96%, porém considerando as 576'383 pessoas registadas nos centros de emprego como desempregadas (IEFP, 2011), 8,27% desta população, a percentagem efetiva de pessoas ativas é de 57,69%. Usando os dados supracitados calculamos que o índice de juventude atual é de 77,75 e o de envelhecimento de 128,61, que o índice de dependência dos jovens é de 22,56 e o de idosos é de 29,03 e que o total é de 51,6. Conferimos com dados atuais que, no perfil de saúde português, “os índices de dependência dos idosos e de longevidade aumentaram, a taxa de crescimento natural passou a ser negativa, o índice sintético de fecundidade tornou-se cada vez menor (e a não permitir a renovação de gerações) e a taxa de crescimento migratório, apesar das grandes vagas de imigração, apresenta uma tendência decrescente. Esta inversão da pirâmide etária, quer pela base (que diminui), quer pelo topo (que aumenta), cria novos desafios ao nível da organização da sociedade em geral e do sistema de saúde em particular” (PNS 2012-2016a, 2011, p. 3). Este plano argumenta que um dos papéis que o cidadão assume na saúde é o de cuidador, pelo que uma das estratégias e recursos promotores de cidadania em saúde é o “voluntariado e organização dos cuidadores informais, como exercício privilegiado e integrado de cidadania que promove o contacto com os profissionais de saúde, com os serviços e com as comunidades, capacitando quem o exerce” (PNS 2012-2016b, 2011, p.5). As organizações de saúde deverão melhorar a confiança dos cidadãos obtendo opinião efetiva e sistemática dos PCI e incorporá-la nas reformulações de serviços e cuidados, bem como, desenvolver programas específicos que os capacitem para o seu desempenho e sobretudo para o exercício da sua cidadania (PNS 2012-2016b, 2011). A equidade e o acesso aos cuidados de saúde, pelos PCI, devem ser promovidos e mediados no contexto da Rede Nacional de Cuidados Continuados, através da articulação efetiva dos níveis de cuidados, perseguindo o empoderamento e literacia dos PCI e respetivas comunidades em matérias de saúde, no sentido de minimizar a necessidade de acesso e reduzir a procura inadequada de serviços de saúde (PNS 2012-2016c, 2011). Reafirmamos que é necessário “estimular ativamente a figura do cuidador informal, do voluntário e do sector social como relevantes na prestação de cuidados” (PNS 2012-2016c, 2011, p. 16). Ao nível das políticas saudáveis entende-se que as parcerias são cruciais e, no caso do apoio aos PCI, imprescindíveis para “mobilizar um número considerável de atores e influenciar problemas de saúde significativos ou mais vulneráveis a curto prazo” (PNS 2012-2016d, 2011, p. 17). No atual contexto demográfico, epidemiológico e económico, podemos considerar os PCI como uma oportunidade para a efetiva gestão integrada da doença e, se devidamente capacitados, como estratégicos para a qualidade em saúde (PNS 2012-2016e, 2011). São objetivos deste plano, obter ganhos em saúde, promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo vital, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença e, por fim, fortalecer a participação de Portugal na Saúde Global. Estes objetivos propõem a promoção do potencial de saúde em cada contexto, particularmente no microsistema (famílias, cuidador informais e relações de proximidade), potenciar os recursos disponíveis (comunicação, informação, formação e capacitação intersectorial do cidadão e dos PCI para a saúde), reforçar o contributo articulado das redes de apoio locais (serviços comunitários,

voluntariado e PCI) e apoiar formalmente voluntários e PCI de idosos e pessoas em situação de dependência (PNS 2012-2016f, 2011; PNS 2012-2016g, 2011; PNS 2012-2016h, 2011; PNS 2012-2016i, 2011).

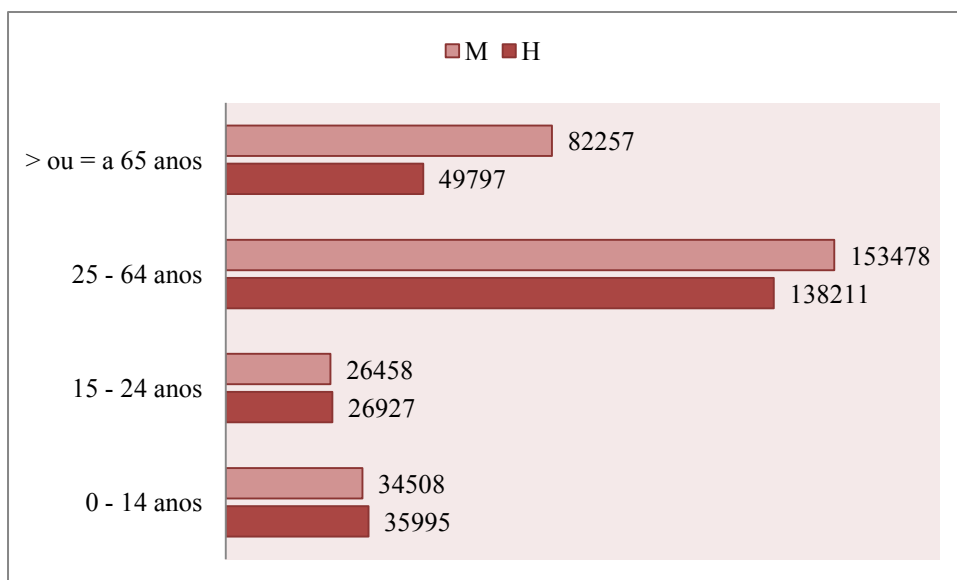
A **nível estratégico** do PeS, no Plano Estratégico da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. 2011-2013, são identificadas “tendências relevantes para a ARSLVT, I.P., os pontos fortes e fracos das suas capacidades atuais e as oportunidades e ameaças para o seu desenvolvimento face ao contexto envolvente” (ARSLVT, IP, 2011, p.17). De acordo com os dados provisórios do censo INE 2011, existem 3'659'669 habitantes nesta região (34,65% da população nacional). Usando os mesmos dados calculamos que o índice de juventude atual é de 79,78 e o de envelhecimento de 125,35, que o índice de dependência dos jovens é de 23,36 e o de idosos é de 29,28 e que o total é de 52,65. A densidade populacional da área é de 345,6 habitantes/km<sup>2</sup>. Verificamos que esta área é densamente habitada, comportando mais de um terço da população nacional, com mais idosos que jovens e maior índice de dependência dos idosos. Face à população e às orientações normativas, os três vetores estratégicos reconhecidos foram: (1) promover e melhorar a Saúde da população, (2) reforçar o Sistema de Saúde e (3) garantir um SNS sustentável e bem gerido. Com relevância extraem-se os seguintes objetivos: o quinto do primeiro vetor – integrar os programas de saúde, na perspetiva do idoso; o oitavo do segundo vetor – melhorar a oferta e promover a qualidade em cuidados continuados integrados; o décimo do segundo vetor – promover a integração/articulação dos cuidados de saúde; e, o décimo quinto do terceiro vetor – promover a participação do cidadão e da responsabilidade social. Este plano, que está em consonância com o PNS 2012-2016 e alinhou as suas orientações “com um conjunto vasto de documentos estratégicos de outros organismos ou entidades” (ARSLVT, IP, 2011, p. 15), propõe-se a investir na integração, articulação e apoio aos papéis do cidadão, com particular interesse pelo apoio social integrado à pessoa idosa.

A **nível tático** do PeS, no Plano de Ação da entidade de saúde A (UCCSMSI, 2010), é caracterizado o perfil da população da área geodemográfica e determinado um compromisso assistencial com recurso a programas como base para a organização dos cuidados de saúde comunitários. É atribuição da entidade de saúde A prestar “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-lei nº 28/2008) na sua área geodemográfica. A área geodemográfica corresponde à área geodemográfica do Centro de Saúde e é igual ao conjunto das duas áreas das freguesias, num total de 1,23 km<sup>2</sup>. De acordo com os dados provisórios do censo INE 2011, existem 12'295 habitantes na área (7,45% da população do ACES Central, ou seja, 165'014 habitantes). Dados atuais da população na área geodemográfica, por faixa etária, resultantes dos dados dos Censos 2011 do INE ainda não estão disponíveis, pelo que, usamos como referência o sistema-geopolítico que a inclui, Lisboa, e o sistema agregado que mais se lhe equipara, os clientes inscritos na UCSP. No gráfico 1 a população presente e residente por sexo em Lisboa.

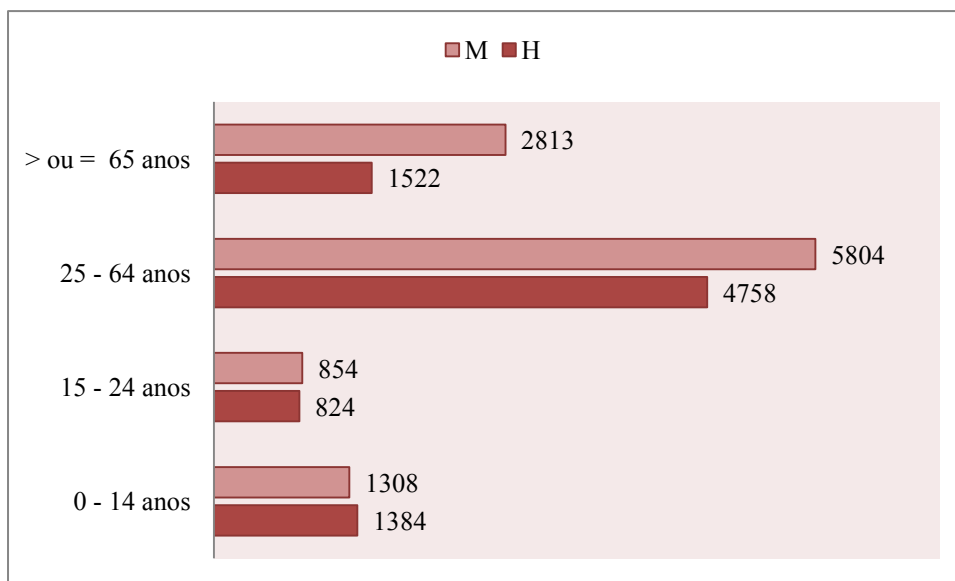




No gráfico 2 a população residente por grupo etário e sexo em Lisboa.



No gráfico 3 a população inscrita na UCSPSMSI por grupo etário e sexo.



À população inscrita na UCSP correspondem 44,05% homens e 55,95% mulheres.

Em Lisboa, calculamos que o índice de juventude atual é de 53,39, o de envelhecimento de 187,30 e que o índice de dependência dos jovens é de 20,43, dos idosos de 38,27 e o total de 58,70. A densidade populacional na área geodemográfica é de 9995,9 habitantes/km<sup>2</sup>. Verificamos novamente que existem mais idosos que jovens, com maior expressão nesta área, e que, além de densamente habitada, tem elevado nível de dependência total. Na área geodemográfica, comparativamente a anos anteriores, subsiste o decréscimo populacional, porém, “este facto, aliado ao envelhecimento natural da população e ao decréscimo da natalidade, fazia prever que as duas freguesias mantivessem esta tendência para a desertificação e para o envelhecimento da população. No entanto, atualmente, porque se tem vindo a renovar o parque habitacional, trazendo para as freguesias pessoas mais jovens e menos carenciadas, esta tendência, apesar de se manter, tem vindo a desacelerar” (UCCSMSI, 2010, p.12). A diferença populacional na freguesia 1 de 1991 para 2001 e 2011 é de, respetivamente, -21,4% e -5,9%, e na freguesia 2, -15,1% e 10,4%, o que corrobora a citação anterior (OLCPL, 2011). Ainda de acordo com os Censos 2011 do INE, o número de famílias da área é de 5'622, um decréscimo de 365 famílias em relação a 2001, na freguesia 1 estão atualmente 3'182 (56,6%) e na freguesia 2, 2'440 (43,4%). O tipo de famílias predominante é a unipessoal (35,9% para 1 e 42,3% para 2), com especial relevância para as unipessoais com 65 anos ou mais (18,1% para 1 e 18,9% para 2) (OLCPL, 2011). Relativamente aos dados disponíveis com os Censos de 2001 do INE, na área geodemográfica, a presença das famílias unipessoais (39,1%) e monoparentais (20,1%) é predominante e tendencialmente superior ao sistema-geopolítico de Lisboa. O estado civil predominante é o solteiro (45,5%), seguido do casado (37,4%), viúvo (9%) e divorciado (8,1%). O nível de maior instrução completa predominante é o ensino superior (27,4%), seguido de 1º ciclo do básico (19,4%), nenhum (15,4%), secundário (13,7%), 3º ciclo do básico (13,2%), 2.º ciclo do básico (8,9%) e pós-secundário (2%). Relativamente aos dados disponíveis com os Censos de 2001 do INE, na área geodemográfica da UCCSMSI, o maior nível de instrução completa é o superior (33,3%), seguido de 1º ciclo do básico (22,3%), secundário (18,5%), 3º ciclo do básico (8,7%), nenhum (8,6%), 2.º ciclo do básico (6,7%) e pós-secundário (2,7%). Verificamos menores níveis de analfabetismo, nesta área de Lisboa, em particular. A população estrangeira corresponde a 3,6% da população de 1 e 5,9% de 2 (OLCPL, 2011). A população com deficiência corresponde a 8,6% da população de 1 e 7,7% de 2, e com incapacidade superior ou igual a 60%, respetivamente, 2,2% e 2,4% (OLCPL, 2011). O parque habitacional da área geodemográfica é composto por 7665 alojamentos, um crescimento de 1,95% desde 2001, e tem 1534 edifícios, um crescimento de 7,8% desde 2001. Este parque habitacional cresceu exclusivamente na freguesia de 1 e diminuiu na freguesia de 2. De acordo com os dados dos Censos de 2011 do INE, 73,3% dos alojamentos servem como residência habitual, 15,5% estão vagos, 10,9% como residência secundária e 0,3%

como coletiva; por sua vez, os edifícios, 79% servem como exclusivamente residenciais, 19,2% como principalmente residenciais e 1,8% principalmente como não residenciais. A maioria do parque habitacional (38,9%) foi construída entre 1946 e 1970, contudo a idade média dos edifícios nas freguesias tem diminuído (INE, 2011), em particular em 1. O parque é caracterizado por ter água canalizada (99,9%), com sistema de drenagem de águas residuais (99,9%), com instalação de banho ou duche (99%) e sem lugar de estacionamento (74,9%). Na maioria dos alojamentos residem proprietários ou coproprietários (52,2%) ou arrendatários/subarrendatários (41,7%). A maioria dos lisboetas passa o fim-de-semana em casa, não usufrui de casa de férias em campo/ praia ou roulotte e/ou tenda, ocupando os seus tempos livres em casa, com os familiares e/ou amigos, na ida ao comércio e centros comerciais, na ida a parques ou jardins e raramente participa em eventos desportivos ou atividade física (Cabral et al, 2011). O parque escolar é constituído por estabelecimentos do pré-escolar, ensino básico e secundário público e a das IPSS, num total de 5 estabelecimentos. De acordo com os dados do programa de saúde escolar da entidade de saúde A, o total de pessoas que frequentam o parque escolar (comunidade escolar que inclui alunos, professores e funcionários auxiliares) é de 1967. A taxa de abandono escolar tem diminuído consideravelmente, em particular na freguesia de 2 (INE, 2011). O sector laboral predominante é o “terciário, que emprega uma grande fatia dos residentes e traz diariamente à zona um número significativo de pessoas (adultos, crianças e jovens)” (UCCSMSI, 2010, p. 15). Nas freguesias da área geodemográfica, o desemprego tem uma variação negativa de 10,1% para 1 e positiva de 30,8% para 2 em relação aos dados de 2001 (OLCPL, 2011). O número de beneficiários com subsídio de desemprego, subsídio social de desemprego, pensão/reforma, rendimento mínimo garantido, rendimento social de inserção, apoio social, complemento solidário para idosos e outros subsídios, tem uma variação positiva anual em ambas as freguesias (OLCPL, 2011). Os equipamentos sociais com acordos de cooperação ativos são 11 no total, para 2356 utentes contratualizados mas com capacidade para 2771 utentes (OLCPL, 2011). O sector de transportes é constituído por uma rede viária fluentemente percorrida por veículos automóveis de transporte individual e de comércio e serve a área geodemográfica com uma rede de transportes públicos urbanos térreos e subterrâneo correspondente à sua densidade populacional. Em conformidade, segundo dados do INE (2011), a média dos movimentos pendulares da população residente empregada ou estudante nas freguesias de 1 e 2 tem diminuído, são respetivamente de 21,49 minutos e 19,90 minutos. A maioria dos Lisboaetas usa o automóvel, o autocarro e o metro como veículos principais, contudo, para os maiores de 75 anos, andar a pé substitui o automóvel (Cabral et al, 2011).

## Referências bibliográficas

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale Sul do Tejo, IP (ARSLVT, IP). (2011). *Plano estratégico da ARSLVT, IP 2011-2013*. Lisboa: ARSLVT, IP.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., Almeida, M. F. e Cabaço, S. (2011). *Seniores de Lisboa: capital social e qualidade de vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Durán, H. (1989). *Planeamento em saúde, aspetos conceptuais e operativos*. Lisboa: Guide-Artes Gráficas, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011), <http://www.ine.pt/>. Acedido em 2012/02/13
- Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). (2011), <http://www.iefp.pt/Paginas/home.aspx/>. Acedido em 2012/01/22.
- Observatório de Luta Contra a Pobreza na Cidade de Lisboa (OLCPL) (2011) – *Retratos de Lisboa: indicadores para o estudo da pobreza na cidade de Lisboa*. Lisboa: OLCPL.
- PNS (2012a). *Estratégias para a Saúde: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012b). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos, cidadania em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

- PNS (2012c). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012d). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – políticas saudáveis*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012e). *Estratégias para a Saúde: Eixos estratégicos – qualidade em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012f). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - fortalecer a participação de Portugal na saúde global*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012g). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Obter ganhos em saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012h). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Promover um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- PNS (2012i). *Estratégias para a Saúde: Objetivos para o sistema de saúde - Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Sena, C., Ferrinho, P, Miguel, J. F. (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24(1), p.5-19.
- Unidade de Cuidados da Comunidade de São Mamede e Santa Isabel (UCCSMSI) (2010). Plano de Ação. Lisboa: UCCSMSI.

### **APÊNDICE III – Instrumento de recolha de dados**

## PARTE I – PESSOA DE REFERÊNCIA E DISPONIBILIDADE

1. Quem é o principal responsável pela gestão e prestação de cuidados à pessoa?

2. Filiação com a pessoa cuidada:

3. Tem disponibilidade entre os meses de Outubro de 2012 e Fevereiro de 2013 para participar neste projeto?    Sim    ☐    Não    ☐

## PARTE II – CONSENTIMENTO INFORMADO (ORIGINAL PARTICIPANTE)

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada(o) que o Luís Miguel de Carvalho Rocha, Enfermeiro, está a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade e se encontra a realizar um trabalho de projeto denominado “Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa e a satisfação com o suporte social”, o qual lhe é solicitado para conclusão do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Pedro Branco e a Professora Coordenadora Elisa Garcia.

Eu certifico, para todos os efeitos considerados no projeto, incluindo a divulgação científica e académica, que o Enfermeiro Miguel Rocha me explicou qual é a minha participação neste trabalho e que tive oportunidade de formular questões que achei oportunas e me foram respondidas satisfatoriamente.

Sou livre de responder às questões colocadas e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, contactando-o, terminando assim a minha participação neste trabalho, sem que isso tenha qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foram assinados dois consentimentos iguais e originais, um fica na minha posse e outro na posse do Enfermeiro Miguel Rocha.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Enfermeiro Miguel Rocha, Cédula Profissional N.º 5E62172

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2012

Contatos: 21 791 34 00 / 21 891 22 00 (pedir para contactar a Professora Elisa Garcia)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2012

## PARTE II – CONSENTIMENTO INFORMADO (ORIGINAL INVESTIGADOR)

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada(o) que o Luís Miguel de Carvalho Rocha, Enfermeiro, está a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade e se encontra a realizar um trabalho de projeto denominado “Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa e a satisfação com o suporte social”, o qual lhe é solicitado para conclusão do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária Pedro Branco e a Professora Coordenadora Elisa Garcia.

Eu certifico, para todos os efeitos considerados no projeto, incluindo a divulgação científica e académica, que o Enfermeiro Miguel Rocha me explicou qual é a minha participação neste trabalho e que tive oportunidade de formular questões que achei oportunas e me foram respondidas satisfatoriamente.

Sou livre de responder às questões colocadas e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, contactando-o, terminando assim a minha participação neste trabalho, sem que isso tenha qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foram assinados dois consentimentos iguais e originais, um fica na minha posse e outro na posse do Enfermeiro Miguel Rocha.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Enfermeiro Miguel Rocha, Cédula Profissional N.º 5E62172

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2012

Contatos: 21 791 34 00 / 21 891 22 00 (pedir para contactar a Professora Elisa Garcia)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Data \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2012



### PARTE III – SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

#### ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (RIBEIRO, 1999)

**INSTRUÇÕES:** a seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
I	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
AS	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
SA	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
I-	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
I-	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
I	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
AS	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
AS	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
SF-	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
SF-	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
SF-	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
SA-	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
SA-	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
SA-	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
SA-	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

#### PARTE IV – SUPORTE SOCIAL RECEBIDO (ÚLTIMOS 30 DIAS)

1. Tem pessoas que a(o) apoiem ou ajudem na prestação de cuidados à pessoa de quem cuida?

SIM [☐]      NÃO [☐] Se não, passar para a pergunta 6.

2. Quem são essas pessoas?

3. Que tipo de apoio ou ajuda essas pessoas lhe dão?

4. O que o(a) levou a escolher estas pessoas e/ou estes serviços de apoio?

5. Quanto gasta em média, por mês, com a ajuda que recebe?

6. Que gasto faz com material para a prestação de cuidados?

7. Conhece, caso precise, alguém/ algum recurso na comunidade que lhe dê apoio à prestação de cuidados?      SIM [\_\_\_]      NÃO [\_\_\_] Se não, passar para a pergunta 9.

8. Quem/ quais?

--

9. Que serviços de suporte à prestação de cuidados lhe fazem falta?

--

10. Que apoios gostaria de ter enquanto cuidador?


## PARTE V – QUESTIONÁRIO DO PERFIL DO CUIDADOR

Grupo etário: Idade

Sexo: Masculino ☐  
Feminino ☐

Estado civil legal: Solteiro ☐  
Casado ☐  
Divorciado ☐  
Viúvo ☐

Coabitação: Habita com a pessoa cuidada Sim ☐  
Não ☐

Em que freguesia:

Maior nível de instrução completa: Básico, 1.º Ciclo ☐  
Básico, 2.º Ciclo ☐  
Básico, 3.º Ciclo ☐  
Secundário ☐  
Pós-secundário ☐  
Ensino Superior ☐

Profissão:

**APÊNDICE IV – Tratamento da informação solicitada pelas entidades  
A, B e C**

Resposta à pergunta 4. O que o(a) levou a escolher estas pessoas e/ou estes serviços de apoio?				
TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
RAZÃO DA ESCOLHA DO SUPORTE SOCIAL	PRESTADO POR CUIDADORES INFORMAIS	Pela relação significativa com a pessoa cuidada e/ou com o cuidador informal primário	"Afinidade, apoio familiar, amizade e confiança" (10) "Faz parte da mesma família, foi espontâneo" (34) "Foi natural pela relação afetiva" (32) "Ligação afetiva e de amizade" (27) "Pela nossa amizade [vizinha]" (2) "Pela nossa relação familiar [irmã]" (2) "Proximidade afetiva e confiança" (25) "proximidade geográfica" (25) "Proximidade afetiva e familiar" (11) "Proximidade afetiva e por gostar do pai" (15) "Proximidade afetiva, amor, ajuda ao próximo e compreensão" (26) "Proximidade afetiva" (29) "Proximidade e ligação afetiva" (8) "Relação familiar" (29)	14
		Pela proximidade geográfica com a casa onde está a pessoa cuidada	"Pela proximidade [da casa]" (19) "Proximidade geográfica" (27) "Proximidade geográfica" (6) "São os que estão mais perto" (1) "Trabalha perto" (15)	5
		Pela disponibilidade da pessoa para participar no cuidado	"Pela disponibilidade [para ajudar]" (19)	1
	PRESTADO POR CUIDADORES FORMAIS	Por ter casa na área de influência ou próxima da organização que presta o serviço	"Área de residência e proximidade" (3) "Era o serviço da área" (32) "Não tinha opção, era a que cobria a zona geográfica, obrigatoriedade" (30) "Porque é a que serve esta zona" (34) "Proximidade geográfica" (11) "Proximidade geográfica" (13) "Proximidade geográfica" (15) "Proximidade geográfica" (25) "Proximidade geográfica" (26) "Proximidade geográfica" (33)	10
		Pelo preço do serviço	"Preço" (26) "Rendimento e preço" (6)	2
		Por opinião ou referência de outras pessoas	"Apreciação favorável de conhecidos utilizadores" (32) "Falei com a assistente social por causa dos cuidados continuados e como demorava muito tempo falou-nos no centro de dia da cruz vermelha" (34) "Indicação da assistente social no hospital" (15) "Indicação da santa casa da misericórdia de lisboa através da assistente social" (23) "Indicação da vizinha" (17) "Indicação de amiga" (15) "Indicação de hospital através da assistente social" (25) "Indicação de uma vizinha" (33) "Indicação de uma vizinha" (9) "Indicação do filho e intermédio de uma amiga" (12) "Indicação do hospital" (24) "Indicação do merceiro" (18) "Indicação do padre" (21) "Indicação do presidente da junta" (22) "Já conhecia este recurso por terceiros" (19) "Referenciação hospitalar após a alta" (10)	16
		Por vontade da pessoa cuidada	"Não escolhi, [a pessoa cuidada] já usufruía" (14) "Solicitação da mãe" (21) "Vontade dela [pessoa cuidada], não lhe apetecia fazer a refeição" (32)	3
		Por experiência anterior	"Através de consulta anterior devido à necessidade de procurar lar para a mãe" (31) "Experiência anterior da avó" (24) "Já a tinha antes [a empregada], por conveniência" (24) "Os meus pais já usavam o centro de dia" (17) "Outros familiares já usaram os serviços" (17) "Falta de formação e humanidade das ajudantes [opta por empregada]" (4) "Má relação com o serviço domiciliário [opta por empregada]" (4)	7
		Pelo tipo de serviços disponibilizados	"Empréstimo gratuito de cama ortopédica e cadeira-de-rodas" (1) "Necessidade manifesta [ajuda nas atividades de vida]" (22) "Precisar de ajuda na higiene e comida" (16) "Necessidade por ferida" (33)	4
		Pela necessidade de partilhar o encargo dos cuidados instrumentais	"Exigência [física] dos cuidados" (19) "Porque era muito trabalho para nós" (34)	2

**Ficha técnica:** análise categorial (Bardin, 2008); n = 34; corpus da análise - registos das entrevistas a n; regra de enumeração – frequência; objetivo da análise – descrever as razões da escolha das pessoas da rede de suporte.

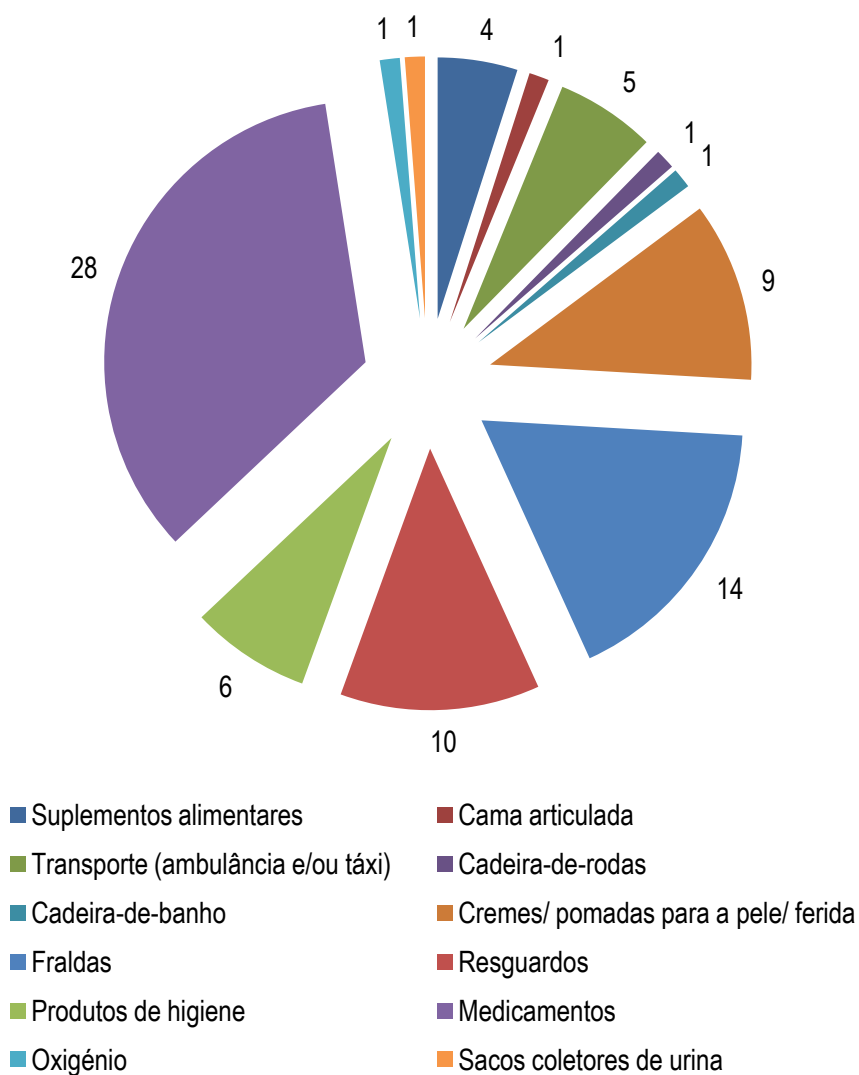
**Resposta à pergunta 5. Quanto gasta em média, por mês, com a ajuda que recebe?**

**Quadro das medidas de tendência e dispersão central relativas aos custos mensais, em euros, com material e/ou serviços específicos de apoio ao cuidado da pessoa em situação de dependência em casa**

	<b>Materiais</b>	<b>Serviços</b>	<b>Total</b>
<b>Mínimo</b>	€0	€0	€0
<b>Máximo</b>	€1090	€550	€1420
<b>Média</b>	€164,4	€87,3	<b>€251,7</b>
<b>Desvio padrão</b>	€189,6	€113,3	€255,7

**Resposta à pergunta 6. Que gastos faz com material para a prestação de cuidados?**

**Gráfico da frequência da designação do encargo ativo com o cuidar**



**APÊNDICE V – Pontuação nominal da escala de satisfação com o suporte social, por fatores e total, com a cotação original (0 a 75) e convertida (0 a 100)**



**PONTUAÇÃO NOMINAL DA ESSI, POR FATORES E TOTAL, COM A COTAÇÃO ORIGINAL (0 A 75) E CONVERTIDA (0 A 100)**

	FATORES								SATISFAÇÃO SUPORTE SOCIAL	
	Intimidade (Itens 1, 4, 5 e 6)		Atividades sociais (Itens 2,7 e 8)		Satisfação com amigos (Itens 3, 12, 13, 14 e 15)		Satisfação com família (Itens 9, 10 e 11)			
	PONTUAÇÃO									
	Original	Convertida	Original	Convertida	Original	Convertida	Original	Convertida	Original	Convertida
1	19	95	9	60	23	92	14	93	65	87
2	12	60	6	40	19	76	12	80	49	65
3	19	95	4	27	16	64	13	87	52	69
4	10	50	9	60	17	68	12	80	48	64
5	7	35	5	33	11	44	10	67	33	44
6	8	40	7	47	19	76	9	60	43	57
7	9	45	10	67	22	88	12	80	53	71
8	19	95	15	100	18	72	15	100	67	89
9	14	70	6	40	13	52	9	60	42	56
10	9	45	6	40	14	56	13	87	42	56
11	14	70	11	73	18	72	15	100	58	77
12	12	60	7	47	17	68	12	80	48	64
13	17	85	3	20	12	48	14	93	46	61
14	17	85	8	53	16	64	14	93	55	73
15	20	100	10	67	25	100	15	100	70	93
16	12	60	8	53	18	72	13	87	51	68
17	19	95	7	47	22	88	14	93	62	83
18	11	55	7	47	8	32	14	93	40	53
19	14	70	7	47	14	56	8	53	43	57
20	19	95	11	73	21	84	15	100	66	88
21	7	35	7	47	15	60	5	33	34	45
22	5	25	11	73	14	56	15	100	45	60
23	20	100	14	93	22	88	13	87	69	92
24	20	100	13	87	24	96	14	93	71	95
25	20	100	14	93	20	80	12	80	66	88
26	17	85	11	73	17	68	10	67	55	73
27	18	90	14	93	23	92	15	100	70	93
28	15	75	4	27	14	56	7	47	40	53
29	20	100	11	73	20	80	15	100	66	88
30	11	55	4	27	16	64	11	73	42	56
31	19	95	14	93	19	76	4	27	56	75
32	16	80	15	100	20	80	15	100	66	88
33	19	95	6	40	20	80	10	67	55	73
34	17	85	10	67	19	76	13	87	59	79

Número de cuidadores primários por grau de satisfação com o suporte social	Fatores				SATISFAÇÃO SUPORTE SOCIAL
	Intimidade	Atividades sociais	Satisfação com amigos	Satisfação com família	
Baixa (entre 0 e 33)	1	5	1	2	2
Média (entre 34 e 65)	11	14	11	4	18
Alta (entre 66 e 100)	22	15	22	28	14

**APÊNDICE VI – Características funcionais da rede de cuidadores:  
funções dos cuidadores secundários e terciários**

TEMA	CATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
Funções dos cuidadores secundários e terciários	Companhia social	“falar com a mãe” (3) “companhia” (8), (14), (11), (16), (17), (23), (24), (25), (32), (33), (34) “acompanha às consultas” (11), (12), (24), (25) “telefona-lhe” (29)	17
	Apoio emocional	“apoio moral [animar a pessoa cuidada]” (2) “apoio emocional” (4), (17) e (32)	4
	Apoio cognitivo e aconselhamento	“troca de impressões e conselhos sobre o que fazer” (31)	1
	Ajuda de material/ instrumental e técnica/serviços	“consultas por ela [pessoa cuidada]” (6), (34) “arranja-lhe a medicação” (17), (29) “avia medicamento na farmácia” (3), (6), (16), (17), (23), (34) “dá-lhe apoio [monetário]” (23) “gestão financeira” (3), (25) “trata das refeições” (8), (19), (25), (34) “tratam da higiene e limpeza da casa” (4), (27), (29), (26), (34) “corta-lhe o cabelo” (12) “dá apoio à vizinha nos cuidados a prestar” (32) “higiene [da pessoa cuidada]” (1), (19), (26), (27), (32), (34) “erguê-lo e deitá-lo à noite” (1), (15) “posicionar” (19) “fazer as compras” (6), (8), (16), (17), (23), (24), (25), (26), (29), (32) “traz-lhe revistas” (32) “ajuda em situações de emergência” (10), (16), (19), (25), (32), (33) “substituem-me na minhas ausência [curta duração]” (10), (11), (14), (25), (32) “transporte” (8), (11), (16), (17), (24), (25) e (32)	62
	Acesso a novos contatos	“acesso a novos contatos e pessoas” (23) “representa-a” (23), (24), (25) e (26)	2

**Ficha técnica:** análise categorial (Bardin, 2008); n = 34 cuidadores informais primários; corpus da análise – registo escrito do entrevistador das respostas dadas por n; regra de enumeração – frequência; objetivo da análise - descrever as funções dos cuidadores secundários e terciários.

Subcategoria	Respostas caracterizadas por:
Ajuda material/ instrumental e técnica/ serviços	Colaborações específicas com base no conhecimento e que retiram sobrecarga quotidiana à pessoa que cuida.
Companhia social	Partilha de momentos através de atividades ou presença.
Apoio emocional	Comportamentos de expressão de sentimentos e aceitação.
Acesso a novos contatos	Facilitação na criação de novas relações ou acesso a novas redes.
Apoio cognitivo e aconselhamento	Por interações de partilha de informações pessoais, opinião e orientação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M., Sousa, L. (2007). Rede Social Pessoal: Do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44, 353-376.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la Prática Sistémica*. Barcelona: Editorial.
- Sluzki, C.E. (2003). *A rede social na prática sistémica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

**APÊNDICE VII – Suporte social não recebido: necessidades de suporte social dos cuidadores**

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE SIGNIFICANTE	FREQUÊNCIA
NECESSIDADES DE SUPORTE SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS	NECESSIDADES SENTIDAS PARA CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	Serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio	"Reabilitação" (10) (27) (29) "Banco de ajudas técnicas" (30) "Serviços de fisioterapia" (10) (15) "Alguém para a levantar/mobilizar diariamente" (1) "Colocar-me um poliban no wc" (11)	8
		Serviço de recreação e ocupação dos tempos livres	"Companhia" (5) (6) (25) (26) (33) "Alguém para prestar-lhe [à pessoa cuidada] companhia, animá-la ou ocupá-la" (19)	6
		Deslocação de serviços de estética e podologia ao domicílio	"Cabeleireiro ao domicílio" (34) "Cabeleireiro, pedicura e manicura ao domicílio" (16) "Serviço de podologia no domicílio" (10)	3
		Serviço de apoio psicológico	"Apoio psicológico para saber lidar com a solidão [a pessoa cuidada]" (25)	1
		Serviço de apoio domiciliário noturno e nos dias não úteis	"Alguém que pudesse ficar de noite [a vigiar a pessoa cuidada]" (26) "Alguém à noite ou os fins-de-semana para ajudar a lavar e a posicionar" (12) "Serviço de apoio domiciliário nos dias não úteis com tratamento de roupa de ambos [os pais] ao fim-de-semana" (30) "Uma pessoa para vir cuidar da higiene da minha irmã ao fim-de-semana" (18) "Vigilância mais frequente [ao fim-de-semana]" (33)	5
		Comparticipação de serviços para alívio do encargo financeiro	"Comparticipação das fraldas e resguardos" (27) "Transportes gratuitos" (3) (10)	3
	NECESSIDADES EXPRESSAS PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE CUIDADOR	(In) formação para cuidar	"Informação sobre essas unidades [rede de cuidados continuados integrados] e como posso usá-las" (34) "Informação de apoio disponibilizada na internet" (30) "Formação para cuidar de familiar ou amigo" (7) "Saber como encaminhar [a mãe] para um lar" (4) "Alguém para me ensinar como erguer/ virar/ chegar para cima sem me magoar" (1)	5
		Substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador	"Alguém que me substitua em ausências" (1) "Apoio vinte e quatro horas de assistência integrada para que possa seguir com a minha vida" (4) "Apoio nas ausências [do cuidador]" (3) "Ter alguém para me substituir quinze dias para ir de férias ou ter folgas como para me substituir um dia para ir a Fátima" (9) "Alguém que me substituisse aos fins-de-semana" (10) "Alguém que me substitua de vez em quando para sair com familiares" (12) "Uma pessoa para me substituir nas ausências (folgas, dois dias ou férias, dez dias)" (19) "Alguém para me substituir dois dias úteis por semana [procurar emprego] ou para ter descanso para férias [internamento do pai]" (21) "Possibilidade em uma ou outra ausência ser substituído (folga, um dia, fins-de-semana ou para férias, quinze dias)" (24) "Eventualmente alguém que me substitua em casa se ficar a cuidar dos dois [pais do marido] ao mesmo tempo e eles não tiverem em condições de estarem sós" (34)	11
		Apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador	"Ajuda financeira para fazer face às despesas" (8) "Subsídio enquanto cuidador" (15) "Comparticipação monetária [pelo desempenho do papel de cuidador] para cuidar da minha mãe com maior qualidade de vida" (22) "Apoio social [financeiro] para ter mais condições [materiais]" (27) "Gostava que as despesas com fraldas entrassem para o cálculo de subsídios e participações, incluindo dedução no IRS [imposto]" (34) "Reconhecimento estatal e laboral [do papel de cuidador] para poder conciliar com o trabalho" (30)	6
		Apoio instrumental para alívio do encargo de cuidar	"Apoio durante os cuidados de higiene (erguer e mudar a fralda)" (10) "Limparem-me a casa e trazerem-me a refeição a casa" (13)	2
		Apoio emocional para alívio do encargo de cuidar	"Apoio psicológico, gestão emocional [da pessoa cuidadora]" (19)	1

**Ficha técnica:** análise categorial (Bardin, 2008); n = 34 cuidadores informais primários; corpus da análise – registo escrito do entrevistador das respostas dadas por n; regra de enumeração – frequência; objetivo da análise - descrever as funções dos cuidadores secundários e terciários e descrever as necessidades de suporte social pelos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa.

Subcategoria	Respostas caracterizadas por:
<b>Serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio</b>	Necessidades de mobilização, reabilitação, adaptações do ambiente e produtos de apoio que aumentem a funcionalidade da pessoa cuidada. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo de independência da pessoa cuidada (Sequeira, 2010), compreende a procura de soluções para otimização da independência na satisfação de atividades de vida diária.
<b>Serviço de recreação e ocupação dos tempos livres</b>	Necessidades de animação e companhia social da pessoa cuidada. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo de conservação cognitiva da pessoa cuidada, compreende a procura de soluções para a manutenção da interação social da pessoa cuidada (Sequeira, 2010).
<b>Serviço de apoio domiciliário noturno e nos dias não úteis</b>	Necessidades de continuidade dos serviços de higiene pessoal, higiene da casa, alimentação e supervisão no domicílio em horários atualmente inexistentes. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo de assegurar a continuidade dos cuidados (Sequeira, 2010), procura soluções comunitárias de serviços de apoio domiciliário integrados.
<b>Serviços de estética e podologia ao domicílio</b>	Necessidade de cuidados ao cabelo e unhas da pessoa cuidada no domicílio. Esta necessidade reflete recursos comunitários indisponíveis, não conhecidos ou não mobilizados.
<b>Comparticipação de serviços para alívio do encargo financeiro</b>	Necessidades da gratuidade ou reembolso de encargos ativos com o cuidar. Os encargos monetários com o cuidar são fonte de sobrecarga económica pelo que o apoio financeiro é decisivo (Sequeira, 2010).
<b>Serviço de apoio psicológico</b>	Necessidade de apoio emocional da pessoa cuidada. Esta necessidade percebida, motivada pelo desejo da autonomia e saúde psicológica da pessoa cuidada (Sequeira, 2010), procura soluções de apoio especializado.
<b>Substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador</b>	Necessidades de rendição de curta, média, longa duração ou permanente do papel de cuidador primário. Stoltz et al (2004) afirmam, como evidência forte, que os cuidadores familiares desejam serviços de substituição para descanso. Esta necessidade também é referida por Jeon, Brodaty e Chesterson (2005), para os cuidadores de pessoas com doença mental, alertando para o seu benefício e necessidades não satisfeitas por falta de alternativas assistenciais.
<b>Apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador</b>	Necessidades de obtenção de subsídios pelo desempenho do papel, participação pelos encargos ativos com o cuidar e medidas de conciliação entre a atividade laboral e o papel de cuidador. Os encargos passivos e ativos com o cuidar são fonte de sobrecarga objetiva pelo que o apoio económico é decisivo (Sequeira, 2010). Porém, apesar das prestações pecuniárias para as pessoas em situação de dependência (MTSS, 2009), são escassas as medidas de proteção social do cuidador de pessoas em situação de dependência com mais de 65 anos (Gil, 2009).
<b>(In) formação para cuidar</b>	Necessidades informativa e/ou educativas para assegurar a continuidade dos cuidados ou para ativar os serviços de suporte necessários. Stoltz et al (2004) afirmam, como evidência forte, que os cuidadores familiares desejam satisfazer necessidades de aprendizagem de cuidadores em grupos de pares. Marques (2009) refere que os cuidadores têm necessidade de obter conhecimentos sobre a gestão da doença. Andrade (2009) defende que os cuidadores deixam antever necessidades em aprender a conhecer, a fazer, a aprender a viver junto da pessoa cuidada e aprender a ser cuidador.
<b>Apoio instrumental para alívio do encargo de cuidar</b>	Necessidades de assistência durante a prestação direta de cuidados de higiene e alimentação. Esta necessidade advém do caráter de permanência do apoio instrumental na prestação de cuidados de longa duração (Stewart, 1993 e Sequeira, 2010).
<b>Apoio emocional para alívio do encargo de cuidar</b>	Necessidade de apoio emocional para lidarem com consequências psicológicas do papel de cuidador. Stoltz et al (2004) afirmam, como evidência forte, que os cuidadores familiares experienciam emoções negativas, sobrecarga emocional, stress e preocupação quando cuidam de uma pessoa idosa em casa. A necessidade de apoio na gestão emocional é referida Marques (2009), para os familiares cuidadores de pessoas com depressão. Sequeira (2010) defende o apoio emocional e psicológico como elementos de ajuda indispensáveis para o estabelecimento de uma relação de permuta e mutualmente satisfatória.

#### Referências bibliográficas

- Andrade, F. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde. Minho. Apresentada na Universidade do Minho.
- Gil, A. (2009). *Conciliação entre a vida profissional e a vida familiar: o caso da dependência*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Jeon, Y., Brodaty, H., Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 49(3), 297-306.

- Marques, M. F. (2009). As necessidades dos cuidadores familiares da pessoa com depressão – uma revisão sistemática da literatura. *Cultura de los cuidados*. 25, 88-98.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS). Gabinete de estratégia e planeamento (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating Social Support in Nursing*. USA: SAGE.
- Stoltz, P., Udén, G., Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nordic College of Caring Sciences. 18, 11-119.

## **APÊNDICE VIII – Sessão de apresentação do diagnóstico de situação**



# OS CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E A UTILIZAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL PARA O CUIDAR EM CASA

PROJECTO DE ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA  
MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

## FINALIDADE

- Contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência para o uso otimizado das redes sociais de suporte ao cuidar em casa.

- Colaborar, em parceria comunitária, no processo de construção de respostas de suporte social adaptadas ao exercício do papel de cuidador
  - **Caraterizar a comunidade** da área geodemográfica;
  - **Caraterizar as redes sociais formais** que prestam suporte social aos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade;
  - **Caraterizar o grupo agregado de cuidadores informais** de pessoas em situação de dependência em casa;
  - **Descrever as necessidades expressas de suporte social pelos cuidadores** informais de pessoas em situação de dependência para o exercício do papel de cuidador em casa;
  - **Descrever as necessidades sentidas de suporte social pelos cuidadores** informais de pessoas em situação de dependência em casa para o exercício do papel de cuidador em casa;
  - **Avaliar o grau de satisfação, dos cuidadores** informais de pessoas em situação de dependência, **com o suporte social existente** para o cuidar em

## Conceitos adotados

- ▶ “interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade **quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados** de um prestador de cuidados” (ICN, 2002)
- ▶ “interactions with family members, friends, peers, and healthcare providers that **communicate information, esteem, aid, and reliable alliance**. These communications improve coping, moderate the impact of stressors, and promote health. Social support occurs as a **by-product of people ongoing interactions**” (Stewart, 1993:7)

Papel de cuidador

Suporte social no contexto da enfermagem

## Conceitos adotados

- ▶ “a soma de todas as ligações que o indivíduo percebe como **significativas** ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade” (SLUZKI (2003:41)
- ▶ companhia social, o apoio emocional, o guia cognitivo e de conselhos, a regulação social, a ajuda material e de serviços e o acesso a novos contatos (SLUZKI, 2003)

Rede social

Funções da rede social – tipo de suporte social predominante

## Porquê intervir no âmbito do suporte social?

- ▶ é a variável isolada com maior **efeito amortecedor sobre a sobrecarga** (VRABEC, 1997; FIGUEIREDO, 2007; WRIGHT E LEAHEY, 2009; SEQUEIRA, 2007; SEQUEIRA, 2010), em particular o percebido (RIBEIRO, 1999; SEQUEIRA, 2010)
- ▶ é o principal **mediador do stress** (PEARLIN ET AL., 1990) e considerado como **o fator isolado mais significativo para a redução ou prevenção do desgaste do papel de cuidador** (CLIP E GEORGE, 1990; PEARLIN ET AL., 1990; SHIELDS, 1992)

## Caraterizar a comunidade da área geodemográfica

Quadro 1 – Estrutura básica da comunidade das freguesias da área

ESTRUTURA BÁSICA	
IDADE	Existem 12295 habitantes e 5622 famílias. O índice de dependência dos jovens é de 20,43, dos idosos de 38,27 e o total de 58,70. A maioria da população adulta mas predominantemente idosa (INE, 2011).
SEXO	A maioria da população é do sexo feminino (=56%) (INE, 2011).
DISTRIBUIÇÃO ÉTNICA	A população estrangeira corresponde a 4,75% da população (OLCPL, 2011).
NÍVEL DE EDUCAÇÃO	O nível de maior instrução completa predominante é o ensino superior (27,4%), seguido de 1º ciclo do básico (19,4%), nenhum (15,4%), secundário (13,7%), 3º ciclo do básico (13,2%), 2º ciclo do básico (8,9%) e pós-secundário (2%).
NÍVEL DE EMPREGABILIDADE	Existe variação positiva do número de pessoas no desemprego (OLCPL, 2011).
ESTADO SOCIOECONÓMICO	Existe variação positiva do número de beneficiários de apoios de solidariedade social (OLCPL, 2011).

## Caraterizar as redes sociais formais que prestam suporte social aos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa, em termos de funções, capacidade e acessibilidade;

TEMA	CATEGORIA	FREQUÊNCIA
Função da rede social formal	Acesso a novos contatos	4
	Ajuda de material e serviços	9
	Companhia social	1
	Guia cognitivo e de conselhos	1
	Regulação social	1
Capacidade da rede social formal	Capacidade real	3
	Capacidade formal	4
Acessibilidade à rede social formal	Critério geográfico	3
	Critério financeiro	3
	Critério biológico	1
	Critério clínico	4
	Critério social	1
	Critério de ligação	3

**Nota técnica:** análise categorial (Bardin, 2008); n = 6 (3 entidades comunitárias e 3 técnicos de saúde); corpus da análise - registos das entrevistas a n, incluindo os documentos fornecidos no contexto das mesmas; regra de enumeração - frequência; objetivo da análise - função, a capacidade e a acessibilidade da rede social formal.

## População, amostra e critérios de selecção

- População: grupo agregado de cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, em exercício do papel de cuidador, na área geodemográfica (n=79, em Maio de 2012).

Quadro 2 – Critérios seleção da amostra

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Cuidadores informais de pessoas em situação de dependência; Cuidadores informais maiores de idade; Cuidadores informais em exercício do papel de cuidador; Cuidadores informais que prestam cuidados na área geodemográfica.	Cuidadores informais secundários ou terciários;

## População, amostra e critérios de selecção

- ▶ A amostra, não probabilística (MARÔCO, 2010), é constituída pela **soma das quotas proporcionais das subpopulações de cuidadores** informais primários, **declarados até Maio de 2012**, pela entidade de saúde **A** e entidades de apoio social **B e C**, conforme o quadro 3.

**Quadro 3 – Descrição das subpopulações de CI de PSD e respectivas subamostras**

Entidade	PSD	CI primário	Quota	Subamostra
<b>A</b>	58	34	43%	15
<b>B</b>	47	38	48,1%	18
<b>C</b>	20	7	8,9%	1
<b>Total</b>	113*	79	100%	34

\* Entre a entidade A e B existiam 9 pessoas em comum, entre A e C existiam 3 pessoas em comum e entre B e C não existiam pessoas em comum, pelo que subtrai ao somatório um total de 12 pessoas. Os cuidadores informais primários de pessoas em situação de dependência em comum foram considerados exclusivamente na entidade A no cálculo das quotas.

## Instrumento de recolha de dados

- ▶ Cinco partes:
  - 1) Pessoa de referência e disponibilidade;
  - 2) Consentimento informado;
  - 3) Escala de Satisfação com o Suporte Social (RIBEIRO, 1999);
  - 4) Suporte social recebido e conhecido;
  - 5) Questionário do perfil do cuidador.
- ▶ Recrutamento:
  - Realizado entre 12-06-2012 e 23-07-2012;
  - Contato telefónico, pelas pessoas responsáveis pela prestação de cuidados continuados de enfermagem da entidade A e pela gestão do serviço de apoio domiciliário das entidades B e C.

Caraterizar o grupo agregado de cuidadores informais de pessoas em situação de dependência em casa;

Cuidador informal primário (n=34)	N	%	Cuidador informal primário (n=34)	N	%
<b>Sexo</b>			<b>Coabitação com a pessoa em situação de dependência</b>		
Feminino	22	64,7%	Sim	17	50%
Masculino	12	35,3%	Não	17	50%
<b>Idade*</b>			<b>Freguesia da habitação</b>		
41 – 49	10	29,4%	São Mamede	15	44,1%
50 – 58	7	20,6%	Santa Isabel	15	44,1%
59 – 68	10	29,4%	Outras freguesias	4	11,8
69 – 77	3	8,8%	<b>Situação laboral</b>		
78 – 86	3	8,8%	Aposentada (o)	12	35,3%
≥ 87	1	2,9%	Desempregada (o)	9	26,5%
<b>Estado civil legal</b>			Empregada Doméstica – Casas Particulares	3	8,8%
Casado	14	41,2%	Pessoal Administrativo e Similares	3	8,8%
Divorciado	10	29,4%	Advogados e Consultores Jurídicos	2	5,9%
Solteiro	8	23,5%	Cantoneiro de Limpeza	1	2,9%
Viúvo	2	5,9%	Porteiro – Prédios Urbanos	1	2,9%
<b>Maior nível de instrução completa</b>			Químicos	1	2,9%
1º Ciclo	9	26,5%	Professor do Ensino Superior	1	2,9%
2º Ciclo	1	2,9%	Artesão de rendas, bordados e tapeçarias, manuais	1	2,9%
3º Ciclo	6	17,6%	<b>Filiação com a pessoa em situação de dependência</b>		
Secundário	9	26,5%	Filho (a)	19	55,9
Pós-secundário	1	2,9%	Conjuge	4	11,8
Ensino superior	8	23,5%	Afilhada	3	8,8
			Sobrinho (a)	2	5,9
			Nora	2	5,9
			Vizinho (a)	2	5,9
			Irmã	1	2,9
			Amiga	1	2,9

\*Mínima=41; Máxima=92; k=6; h=9;  
Média=59,6; Desvio padrão=13,3

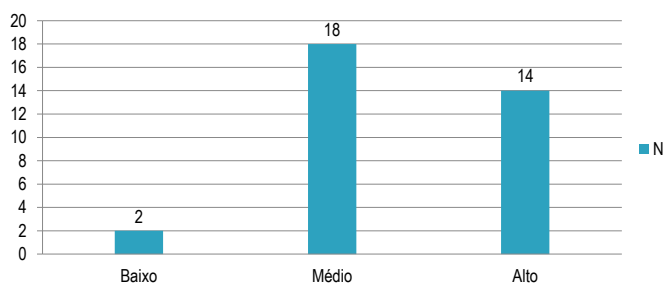
Descrever as necessidades expressas e sentidas de suporte social pelos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência para o exercício do papel de cuidador em casa;

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQUÊNCIA
NECESSIDADES DE SUPORTE SOCIAL DOS CUIDADORES INFORMAIS	NECESSIDADES SENTIDAS PARA CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	Serviço de reabilitação e de ajudas técnicas	7
		Serviço de recreação e ocupação dos tempos livres	6
		Serviço de obras para adaptação da casa aos cuidados	1
		Deslocação de serviços de estética e podologia ao domicílio	4
		Serviço de apoio psicológico	1
		Serviço de apoio domiciliário noturno e nos dias não úteis	6
		Comparticipação de serviços para alívio do encargo financeiro	3
		Nenhuma	3
		(In) formação para cuidar	5
		Substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador	13
	NECESSIDADES EXPRESSAS PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE CUIDADOR	Apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador	6
		Apoio instrumental para alívio do encargo de cuidar	3
		Apoio emocional para alívio do encargo de cuidar	1
		Nenhuma	4

técnica: análise categorial (Bardin, 2008); n = 34 (cuidadores informais primários); a análise - registos das entrevistas a n; regra de enumeração - frequência; objetivo da análise - descrever necessidade expressas e sentidas dos cuidadores.

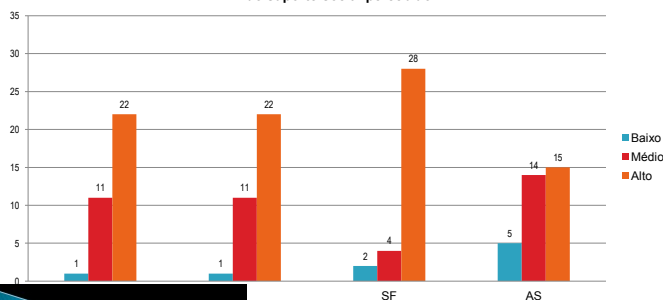
Avaliar o grau de satisfação, dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, com o suporte social existente para o cuidar em casa;

Gráfico 1 - Grau de satisfação dos cuidadores informais primários com o suporte social percebido



Avaliar o grau de satisfação, dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, com o suporte social existente para o cuidar em casa;

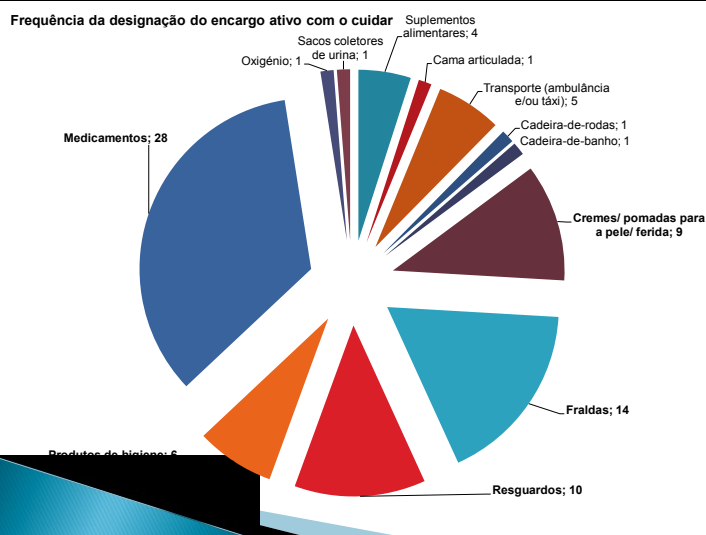
Gráfico 2 - Grau de satisfação dos cuidadores informais primários por fatores do suporte social percebido



## Outros achados

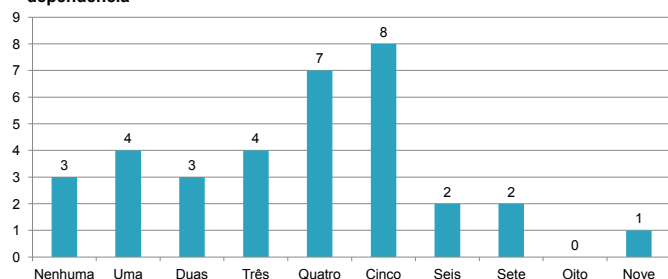
**Quadro 6 – Medidas de tendência e dispersão central relativas aos custos mensais, em euros, com material e/ou serviços específicos de apoio ao cuidado da pessoa em situação de dependência em casa**

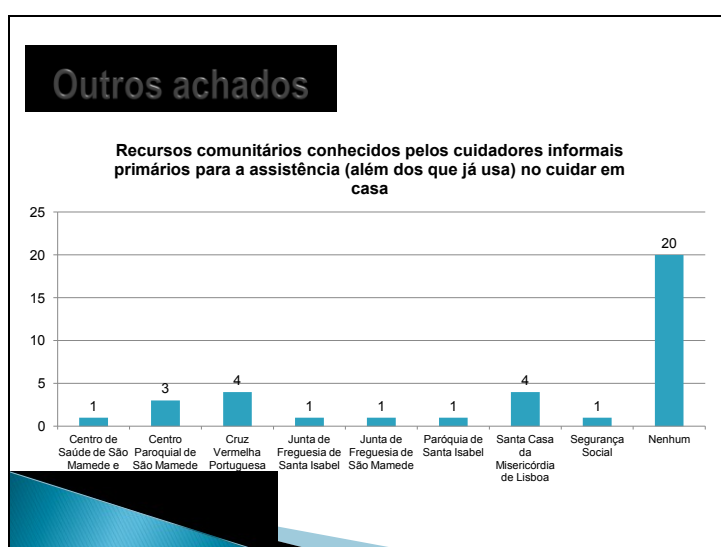
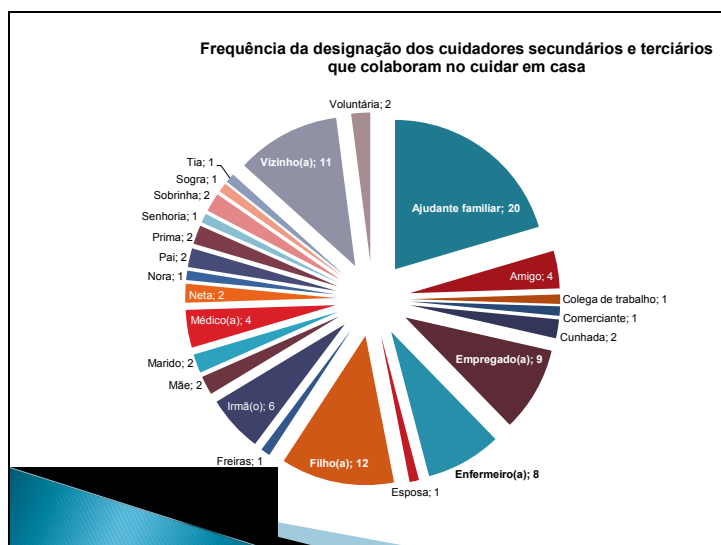
	Materiais	Serviços	Total
<b>Mínimo</b>	€0	€0	€0
<b>Máximo</b>	€1090	€550	€1420
<b>Média</b>	€164,4	€87,3	<b>€251,7</b>
<b>Desvio padrão</b>	€189,6	€113,3	€255,7



## Outros achados

**Gráfico 3 - Número cuidadores secundários e terciários envolvidos na prestação de cuidados por pessoa em situação de dependência**



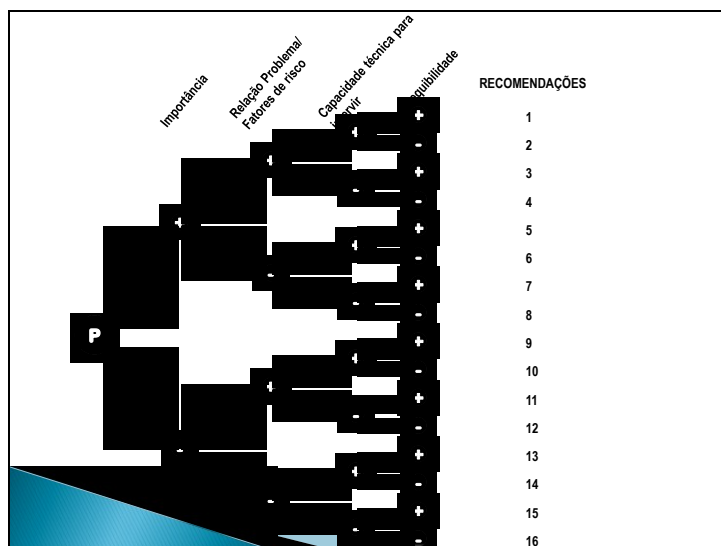


**Diagnósticos de Enfermagem Comunitária**

- DÉFICE DE CONHECIMENTO SOBRE SERVIÇO COMUNITÁRIO**
  - 58,8% dos cuidadores afirmam não conhecerem nenhum recurso comunitário para assistência no cuidar em casa
  - 14,7 % dos cuidadores expressam a necessidade de obter (in)formação para dar continuidade aos cuidados em casa
- FALTA DE APOIO SOCIAL**
  - 58,8% dos cuidadores avaliam o suporte social existente total igual ou inferior a médio
  - 55,8% dos cuidadores avaliam o suporte social existente para as atividades sociais igual ou inferior a médio
  - 38,2% dos cuidadores expressam a necessidade substituição em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador
  - 20,6% dos cuidadores sentem necessidade de serviço de reabilitação e ajudas técnicas para os cuidados em casa para a pessoa em situação de dependência
  - 17,6% cuidadores sentem necessidade de serviço de recreação e ocupação dos tempos livres para a pessoa em situação de dependência
  - 17,6% cuidadores expressam a necessidade de apoio financeiro e legal para conciliação da vida pessoal com o exercício do papel de cuidador
  - 17,6% dos cuidadores sentem necessidade de serviço de apoio domiciliário noturno e nos dias não úteis

## Aspetos a considerar na priorização

- ▶ Tempo
  - Estágio de intervenção comunitária entre outubro 2012 e fevereiro 2013
- ▶ Recursos



## Bibliografia

- ▶ ANDRADE, F. (2009) – O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal. Minho: Universidade do Minho. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde.
- ▶ ASSESSING NEEDS OF CARE IN EUROPEAN NATIONS (ANCIEN) (2011) – The supply of informal care in Europe. Europe: European Network of Economic Policy Research Institutes. ISBN 978-94-6138-122-4.
- ▶ AUGUSTO, Berta M. J. et al. (2005) – Cuidados continuados, família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. 2.ª ed. Coimbra: Formasau, Formação em Saúde Lda. ISBN 972-8485-60-3.
- ▶ BARDIN, L. (2008) – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lda. ISBN 978-972-44-1506-2.
- ▶ BOURDIEU, P. (1985), "The forms of capital", in J. G. Richardson (org.), Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education, Nova Iorque, Greenwood, pp. 241-58.
- ▶ CANDY, B. et al (2008). Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. Cochrane Database of Systematic Reviews (1), p. 1-75.
- ▶ CARPENITO-MOYET, Lynda Juall (2009) – Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11.ª ed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1324-5.
- ▶ CIOMS (2002) – International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects. Geneva: Autor.
- ▶ CLIPP, E.; GEORGE, L. (1990) – Caregivers needs and patterns of social support. Journal of Gerontology. Vol.45, n.º3 (1990) p.102-111.
- ▶ COHEN S.; UNDERWOOD L.G. e GOTTLEB B.H. (2000) – Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-512070-X.
- ▶ DELIBERAÇÃO N.º 967/2010. D. R. II Série. 106 (2010-06-01) 30278-30-292.
- ▶ DECRETO-LEI n.º 111/2009. D.R. I Série. (2009-09-16)
- ▶ DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. I Série. 109 (2006-06-06) 3856-3865.
- ▶ DECRETO-LEI n.º 115/2006. D.R. I Série. 114 (2006-07-14) 4276-4282.



## Bibliografia

- DURÁN, Hernán. (1989) – **Planeamento em saúde, aspectos conceptuais e operativos**. Lisboa: Guide-Artes Gráficas, Lda.Figueiredo, 2007
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2011) – **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Lisboa: ESEL.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da conceção à realização**. 1.ª ed. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, Lda, ISBN 972-8383-10-X.
- Hanson, Shirley May Hamon (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5.
- ICN – International Council of Nursing (2002) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2**. 1.ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- IEPF (2011) – **Índice por profissões** disponível em linha em <http://www.ielp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf>. Acedido em 2012/07/22.
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário. (1982) – **Metodologia do planeamento em saúde, manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE (2011) **Base de dados de estatística nacional** disponível em linha em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgd=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgd=ine_main). Acedido em 2012/04/13
- IRAOSSI, G. (2006). **The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents**. Washington, D.C.: The World Bank.
- INSTITUTO SEGURANÇA SOCIAL, IP (ISS, IP) (2009) – **Conciliação entre vida profissional e vida familiar: o caso da dependência**. Lisboa: Gabinete de planeamento | Núcleo de estudos e conhecimento.
- KAPLAN, R., PATTERSON, T., KERNER, D., GRANT, I., and the HIV NEUROBEHAVIORAL RESEARCH CENTER (1997). Social support: cause or consequence of poor health outcomes in men with HIV infection? In: Gregory R. Pierce, Brian Lakey, Irwin G. Sarason, and Barbara R. Sanson (eds.) **Sourcebook of Social Support and Personality** (pp.279-301), edited by Plenum Press, New York.
- LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia. (2010) – **Promover a saúde, dos fundamentos à acção**. 1.ª ed. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-4399-9.
- MÃO-DE-FERRO, António. (1999) – **Na rota da pedagogia**. 1.ª ed. São Paulo: Edições Colibri, ISBN 972-772-069-2.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (MTSS). Gabinete de estratégia e planeamento (2009) – **A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados**. Lisboa: MTSS. ISBN 978-972-704-348-4.
- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2012) – **Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2012-2014**. 1.ª ed. United Kingdom: Wiley.

NIGHTINGALE  
OBSERVATÓRIO DE ENFERMAGEM  
CIDADE DE LISBOA. Lisboa: OLCEP.

Neuman Systems Model. 5.ª ed. USA: Pearson Education, Inc. ISBN: 978-0-13-514277-6.  
Enfermagem, um guia para os cuidadores na actualidade. 1.ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-66-0.  
A CIDADE DE LISBOA (OLCPL) (2011) – **Retratos de Lisboa: indicadores para o estudo da pobreza na**

## Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros (2011a) – **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Assembleia do Colégio da especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária.
- PEARLIN, L. et al (1990) – Caregiving and the stress process: na overview of concepts and their measures. **The gerontologist**. Vol.30, p.583-594.
- PETRONILHO, Fernando A. S. (2007) – **Preparação do regresso a casa**. 1.ª ed. Coimbra: Formasau, Formação em Saúde Lda. ISBN 978-972-8485-91-7.
- POLIT, Denise F. et al. (2001) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. São Paulo: Artmed Editora, ISBN 0-7817-2557-7.
- PORTAL SAÚDE-UE DA COMISSÃO EUROPEIA (2012) [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_pt.htm). Acedido em 2012/04/15.
- QUIVY, R., & CAMPENHOUDT, L. (2005). **Manual de Investigação em Ciências Sociais** (4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Regulamento n.º 128/2011. **D.R. II Série**. 35 (2011-02-18) 8667-8669.
- RIBEIRO, José L. P. (1999). **Escala de satisfação com o suporte social**. 1.ª ed. Lisboa: Placebo editora. ISBN 978-989-8463-14-2.
- SEQUEIRA, Carlos. (2007) – **Cuidar de idosos dependentes**. 1.ª ed. Coimbra: Quarteto editora. ISBN 978-989-558-092-7.
- SEQUEIRA, Carlos. (2010) – **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. 1.ª ed. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-717-0.
- SHIELDS, C. (1992) – Family interaction and caregivers of Alzheimer's disease patients: correlates of depression. **Family Process**. Vol.31, n.º3. (1992) p.19-32.
- SINGER, J.E.; LORD, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. Em: A. Baum, S. Taylor e J. Singer (Edtrs.) **Handbook of psychology and health**. (Vol.IV). (pp259-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- SLUZKI, C. E. (2003). **A rede social na prática sistémica**. 2ª. ed. São Paulo: Casa da Psicanálise.
- STEWART, M. J. (1993). **Integrating social support in nursing**. 1.ª Ed. USA: SAGE publications.
- STOLTZ, Peter; UGÉN, Gigg; WILLMAN, Anna (2004) – Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. Nordic College of Caring Sciences. Vol.18 (30 January 2004) p.11-119.
- UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE SÃO MAMEDE E SANTA ISABEL – UCCSMSI (2010) – **Plano de Acção**. Lisboa: UCCSMSI.
- UNIDADE DE MONITORIZAÇÃO DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2011) – **Relatório intercalar de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)**, 1º Semestre de 2011. Lisboa: UMCCI.

85-724

and caregiver burden, 1980 to 1995. **The journal of Nursing Scholarship**. 29(4), p. 383-388.  
Enfermeiras e famílias, um guia para a avaliação e intervenção na família. 1.ª ed. São Paulo: Roca. ISBN 978-

## **APÊNDICE IX – Comparação das estratégias de intervenção possíveis**

	ESTRATÉGIA A	ESTRATÉGIA B	ESTRATÉGIA C	ESTRATÉGIA D
	<i>Caregiver support</i> <sup>38</sup> através da informação, orientação antecipada e educação dos cuidadores sobre os recursos comunitários existentes com serviços domiciliário	<i>Support system enhancement</i> <sup>39</sup> através da instalação de um banco integrado de produtos e tecnologias de apoio para a área geodemográfica	<i>Caregiver support</i> através da preparação de voluntários para a ocupação dos tempos livres e recreação da pessoa em situação de dependência e/ou substituir temporariamente o cuidador principal	<i>Support system enhancement</i> através da instalação de serviço de apoio domiciliário no período noturno e nos dias não úteis
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite a tomada de decisão empoderada pelo utilizador;</li> <li>Permite a solicitação antecipatória do serviço de que necessita;</li> <li>Permite a ajuda mútua entre pares, através da ativação autónoma dos serviços que necessitam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite a gestão integrada dos produtos e tecnologias de apoio;</li> <li>Permite a avaliação técnica da adequabilidade do produto antes da atribuição do utilizador;</li> <li>Permite a capacitação do utilizador para o seu uso seguro e otimizado;</li> <li>Permite o acesso gratuito a produtos de apoio onerosos pelo utilizador;</li> <li>Permite a reciclagem de produtos de apoio inutilizados na comunidade e parceiros sociais e de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite a promoção da interação social das pessoas em situação de dependência;</li> <li>Permite o encaminhamento de alterações de saúde/ sociais à equipa de saúde;</li> <li>Permite o descanso de curta duração do cuidador informal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permite aliviar a sobrecarga quotidiana com as atividades de vida diária dos cuidadores informais e/ou pessoas em situação de dependência.</li> </ul>
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita da atualização regular das (in) formações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de manutenção e/ou reparação dos produtos de apoio a cada utilização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de acompanhamento e supervisão permanente de profissionais;</li> <li>A atividade de voluntariado é temporária, necessita de recrutamento e formação regular de novos voluntários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de investimento financeiro oneroso das instituições envolvidas;</li> <li>Necessita de um longo período de tempo para a instalação.</li> </ul>
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende da compaginação de agendas do grupo de cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende da articulação e parcerias comunitárias a vários níveis sectoriais;</li> <li>Depende da participação solidária do cidadão da comunidade local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende da aceitabilidade dos utilizadores em integrarem novas ligações sociais.</li> <li>Depende da participação solidária do cidadão da comunidade local.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depende de financiamento decidido em orçamento;</li> <li>Depende de articulação e parcerias comunitárias a vários níveis sectoriais.</li> </ul>
Necessidades em recursos adicionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de um informático para criação de sítio <i>online</i> para divulgação atualizadas dos recursos comunitários;</li> <li>Necessidade de meios de divulgação materiais como brochuras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de um assistente técnico em permanência para receção dos requerimentos;</li> <li>Necessita de profissionais para a avaliação técnica do requerido;</li> <li>Necessita de meios de transporte para os produtos de apoio volumosos e/ou pesados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita de seguro contra acidentes pessoais e de responsabilidade civil para os voluntários poderem exercer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Necessita do recrutamento de novos funcionários para assegurar os novos horários;</li> <li>Necessita do pagamento de horas de qualidade às ajudantes familiares e pessoal dirigente;</li> <li>Necessita do aumento da capacidade dos serviços de refeição e tratamento de roupa.</li> </ul>

<sup>38</sup> "Provision of the necessary information, advocacy and support to facilitate primary patient care by someone other than a health care professional" (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2013, p.113).

<sup>39</sup> "Facilitation of support to patient by family, friends or community" (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2013, p.362).

## **APÊNDICE X – Projeto Banco Integrado de Produtos de Apoio**

## PROJECTO DE INSTALAÇÃO<sup>40</sup> DO BANCO INTEGRADO DE PRODUTOS DE APOIO (BIPA)

### 1. JUSTIFICAÇÃO

Nos meses de junho a outubro de 2012 foi realizado o diagnóstico de situação sobre “os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa” e foram identificados dois diagnósticos de enfermagem – défice de conhecimento sobre o serviço comunitário e falta de apoio social. O diagnóstico de enfermagem falta de apoio social foi considerado prioritário e um dos fatores causais, com maior magnitude para este diagnóstico, definia-se pela necessidade sentida de 23,5% dos cuidadores em obter acesso de obter serviço de reabilitação, ajudas técnicas e de tecnologia de apoio para a pessoa cuidada. Esta necessidade justifica a criação de um serviço de tecnologia apoio<sup>41</sup> para a área geodemográfica.

### 2. FINALIDADE

Contribuir para o aumento do suporte social, na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, na área geodemográfica, entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013.

### 3. OBJETIVOS GERAIS

Oferecer a pelo menos 5% dos cuidadores, existentes à data de Maio de 2012 na área geodemográfica, um serviço de produtos e tecnologias de apoio, através do programa mais qualidade de vida à pessoa em situação de dependência, até Fevereiro de 2012

### 4. OBJETIVOS OPERACIONAIS/ METAS

- A. Construir logótipo do BIPA
- B. Construir regulamento de organização e funcionamento do BIPA
- C. Preparar alojamento para o depósito dos produtos de apoio
- D. Construir sistema de informação
- E. Obter produtos de apoio
- F. Divulgar o BIPA aos cuidadores da área geodemográfica
- G. Estabelecer acordos de parceria para a instalação de serviço de transporte de produtos de apoio pesados e/ou volumosos
- H. Avaliar a satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, dos utilizadores do serviço

### 5. COORDENADORES

Enfermeiro Miguel Rocha, até Fevereiro 2013

Enfermeiro e Fisioterapeuta, a partir de Fevereiro de 2013

### 6. HORIZONTE TEMPORAL

Entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013

### 7. ATIVIDADES, DURAÇÃO, TIPO DE ATIVIDADE E DEPENDÊNCIA

META	N.º	ATIVIDADE	INICIO	DURAÇÃO	TIPO	DEPENDEN- DE...
A	38	Reunir com designer para discussão do conceito	S12	1D	P	-
	39	Reunir com designer para produção do logótipo	S13	1D	Se	38

<sup>40</sup> INSTALAR é definida como “Executar: Colocar ou fixar um aparelho em posição de ser utilizado” (CIPE, versão 2.0).

<sup>41</sup> SERVIÇO DE TECNOLOGIA DE APOIO é “any service that directly assists an individual with a disability in the selection, acquisition, or use of an assistive technology device” (Research Triangle Institute, 2000: iii).

	40	Reunir com designer para compra do logótipo	S15	1D	Se	39
B	41	Reunir com o coordenador do programa e coordenador da entidade de saúde A para definição dos artigos necessários	S10	1D	P	-
	42	Redigir regulamento	S10	1S	P	41
	43	Construir formulário de requerimento de produto de apoio	S10	1S	P	41
	44	Construir formulário de comprovativo de entrega, termo de responsabilidade e comprovativo de devolução	S10	1S	P	41
	45	Reunir com o coordenador do programa e coordenador da entidade de saúde A para aprovação	S11	1D	Se	42, 43, 44
C	46	Reunir com coordenador da entidade de saúde A para alocação de espaço próprio	S10	1D		41
	47	Organizar espaço e equipamento para arrumação dos produtos de apoio	S12	2D	Se	46
D	48	Preparar sistema de registo informático de movimentos dos produtos de apoio	S11	1S	P	-
	49	Catalogar os produtos de apoio	S13	1S	Se	51
	50	Preparar pasta para arquivo de requerimentos, avaliações técnicas e deferimentos	S12	1D	Se	45
E	51	Reunir produtos de apoio disponíveis na área da saúde	S13	1D	P	-
	52	Construir cartaz de campanha de angariação de produtos de apoio na área geodemográfica	S14	1S	P	-
	53	Divulgar campanha de angariação de produtos de apoio na área geodemográfica	S15	1D	Se	52
	54	Divulgar campanha de angariação de produtos de apoio na área de saúde	S15	1D	Se	52
	55	Reunir produtos inutilizados na comunidade da área geodemográfica	S15	S/termo	Se	52
F	56	Executar sessão informativa	S14	1D	P	31
G	57	Negociar com o presidente da junta de freguesia da freguesia A	S14	1S	P	45
	58	Negociar com o presidente da junta de freguesia da freguesia B	S12	1S	P	45
	59	Negociar com o coordenador da entidade de saúde A	S12	3S	P	57, 58
H	60	Aplicar aos cuidadores a dimensão das atividades sociais da escala de satisfação com o suporte social no término do serviço (renúncia do utilizador, rescisão da voluntária, etc.)	S19	S/termo	P	-

**LEGENDA:** Se – Sequencial | P – Paralela | S/ - sem | D – dia(s) | S – Semanas

## 8. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO

META	ATIVIDADE N.º	INDICADOR ATIVIDADE	INDICADOR DE RESULTADO
A	38	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
	39	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
	40	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	existência de logótipo do BIPA
B	41	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
	42	existência de regulamento	regulamento assinado
	43	existência de formulário de requerimento de produto de apoio	
	44	existência de formulário de comprovativo de entrega, termo de responsabilidade e comprovativo de devolução	
	45	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
C	46	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
	47	espaço atribuído preparado para o armazenamento de produtos de apoio	espaço alocado para o BIPA
D	48	existência de ficheiro Excel preparado para o registo das atividades do BIPA	
	49	produtos de apoio catalogados/ produtos de apoio existentes x 100	
	50	existência de dossier de arquivo	
E	51	tipo e número de produtos de apoio reunidos	
	52	existência de cartaz de campanha	
	53	cartazes de campanhas distribuídos/ parceiros de campanha x 100	
	54	cartazes de campanha distribuídos/ entidades de saúde da área x 100	
	55	tipo e número de produtos de apoio doados	
F	56	número de cuidadores presentes/ número de cuidadores convidados x 100	
		número de sessões previstas/ número de sessões planeadas x 100	
		número de cuidadores que avaliam a sessão/ número de cuidadores presentes x 100	
G	57	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100 número do contatos por correio eletrónico	acordo de parceria assinado
	58	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100 número do contatos por correio eletrónico	acordo de parceria assinado
	59	reuniões previstas/reuniões realizadas x 100	
H	60	número de avaliações do suporte social/ número de utilizadores do BIPA x 100	mediana da pontuação obtida no suporte social na dimensão das actividades sociais dos utilizadores do BIPA avaliados

## 9. REFERÊNCIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

- Andrich, R. (sd) Aconselhamento de ajudas técnicas - organização e metodologia de trabalho dos Centros de Informação sobre Ajudas Técnicas. Lisboa: Instituto Nacional de Reabilitação.
- Despacho n.º 6133 de 10 de Maio de 2012 (2012). Produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas técnicas). *Diário da República II Série* (10/05/2012), 16408-16413.

## **APÊNDICE XI – Projeto Cuidador Descansado, Melhor Cuidado**



## PROJECTO “CUIDADOR DESCANSADO, MELHOR CUIDADO”

### 10. JUSTIFICAÇÃO

Nos meses de junho a outubro de 2012 foi realizado o diagnóstico de situação sobre “os *cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa*” e foram identificados dois diagnósticos de enfermagem – défice de conhecimento sobre o serviço comunitário e falta de apoio social. O diagnóstico de enfermagem falta de apoio social foi considerado prioritário e dois dos fatores causais, com maiores magnitudes para este diagnóstico, definiam-se pela necessidade de 32,4% dos cuidadores serem substituídos em caso de ausência, impedimento ou para descanso do cuidador e pela necessidade sentida de 17,6% cuidadores em obterem um serviço de recreação e ocupação dos tempos livres para a pessoa em situação de dependência em casa. Estas necessidades dos cuidadores justificam um projeto que admita alguns voluntários do Programa de Voluntariado Porta Aberta para (1) obterem formação específica para a substituição de curta duração/ descanso temporário do cuidador informal primário e (2) geral para a companhia social<sup>42</sup> e apoio emocional<sup>43</sup> à pessoa em situação de dependência.

### 11. FINALIDADE

Contribuir para o aumento do suporte social, na dimensão das atividades sociais, dos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência, na área geodemográfica, entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013

### 12. OBJETIVOS GERAIS

Oferecer<sup>44</sup> a pelo menos 5% dos cuidadores, existentes à data de Maio de 2012 na área geodemográfica, um serviço de substituição de curta duração, através do programa de voluntariado, até Fevereiro de 2012

Oferecer a pelo menos 5% dos cuidadores, existentes à data de Maio de 2012 na área geodemográfica, um serviço de companhia social à pessoa em situação de dependência, através do programa de voluntariado, até Fevereiro de 2012

### 13. OBJETIVOS OPERACIONAIS/ METAS

- A. Recrutar voluntários de acordo com o procedimento de recrutamento do Programa Porta Aberta
- B. Instruir os novos voluntários, para o exercício de voluntariado, de acordo com programa de formação
- C. Instruir os novos voluntários para a recreação e ocupação dos tempos livres da pessoa em situação de dependência
- D. Instruir os voluntários em exercício para a substituição de curta duração do cuidador principal
- E. Informar os cuidadores sobre o serviço de substituição de curta duração
- F. Acompanhar os voluntários no exercício
- G. Avaliar a satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, dos utilizadores do serviço

### 14. COORDENADOR

Enfermeiro Miguel Rocha, até Fevereiro de 2013  
Enfermeira e Assistente Social, após Fevereiro de 2013

### 15. HORIZONTE TEMPORAL

Entre Novembro de 2012 e Fevereiro de 2013

### 16. ATIVIDADES, DURAÇÃO, TIPO DE ATIVIDADE E DEPENDÊNCIA

<sup>42</sup> Realização de atividades em conjunto ou apenas estar em companhia (Figueiredo, 2012 referindo Sluski, 2003).

<sup>43</sup> Atitudes de compreensão, empatia, estímulo e apoio, que promovem emoções positivas (Figueiredo, 2012 referindo Sluski, 2003).

<sup>44</sup> Ação do tipo “distribuir: dar uma oportunidade para.” (ICN, 2010, p.98).

META	N.º	ATIVIDADE	INICIO	DURAÇÃO	TIPO	DEPENDENÇA DE...
A	1	Contatar telefonicamente os responsáveis dos parceiros comunitários para validar a colaboração na admissão de candidatos através da afixação cartazes de campanha, divulgação e assistência aos candidatos no preenchimento de fichas de inscrição	S9	2D	Se	-
	2	Contatar por correio eletrónico, os parceiros com acordo de colaboração, para envio da data de início e fim da campanha, nome do responsável e contato direto	S10	1D	Se	1
	3	Entregar aos parceiros com acordo de colaboração, através de correio eletrónico, o modelo de ficha de inscrição e cartaz de campanha	S10	1D	P	2
	4	Registrar, por parceiro, o nome e contato telefónico direto da pessoa responsável pela dinamização na campanha	S9	2D	P	1
	5	Contatar telefonicamente os responsáveis da campanha, por parceiro, para validar a receção de candidaturas	S13	2D	Se	3
	6	Contatar telefonicamente todos os candidatos para agendamento de entrevista individual	S13	2D	Se	5
	7	Entrevistar candidatos com recurso ao guião de entrevista, de observação e inventário funcional de voluntariado	S14	5D	Se	6
	8	Selecionar candidatos em reunião de júri	S15	1D	Se	7
	9	Contatar telefonicamente todos candidatos para informar o resultado da sua entrevista individual	S15	1D	Se	8
B	10	Contatar telefonicamente todos candidatos para aferir disponibilidades de agenda para as sessões formativas	S15	1D	P	9
	11	Contatar telefonicamente todos candidatos a informar o agendamento das sessões formativas	S15	1D	Se	10
	12	Planear sessões formativas iniciais	S9	5D	P	-
	13	Preparar sessões formativas iniciais	S9	5D	P	12
	14	Executar sessões formativas iniciais	S17	5D	Se	11
C	15	Avaliar sessões formativas iniciais	S17	5D	Se	14
	16	Planear sessões formativas complementares	S9	5D	P	-
	17	Preparar sessões formativas complementares	S9	5D	Se	16
	18	Executar sessões formativas complementares	S18	5D	Se	11
D	19	Avaliar sessões formativas complementares	S18	5D	Se	20
	20	Informar os voluntários em exercício do diagnóstico de situação e estratégias de intervenção na reunião mensal	S10	1D	P	-
	21	Perguntar a todos os voluntários em exercício se querem participar neste novo serviço de voluntariado na reunião mensal	S10	1D	Se	20
	22	Perguntar a todos os voluntários as disponibilidades de agenda para as sessões formativas na reunião mensal	S10	1D	Se	21
	23	Planear sessões formativas complementares	S15	5D	Se	22
	24	Preparar sessões formativas complementares	S15	5D	Se	23
	25	Executar sessões formativas complementares	S16	10D	Se	24
E	26	Avaliar sessões formativas complementares	S16	10D	Se	25
	27	Contatar telefonicamente todos os cuidadores para aferir disponibilidades de agenda para a sessão informativa	S13	2D	Se	21
	28	Contatar telefonicamente todos os cuidadores a informar o agendamento da sessão informativas	S13	1D	Se	27
	29	Planear sessão informativa	S13	2D	P	-

	30	Preparar sessão informativa	S13	5D	Se	29
	31	Executar sessão informativa	S14	1D	Se	30
	32	Avaliar sessão informativa	S14	1D	Se	31
F	33	Realizar a primeira visita domiciliária com o voluntário	S10	S/ termo	Se	18
	34	Reunir com os voluntários mensalmente para sessões de discussão de casos	S10	S/ termo	P	-
	35	Contatar semanalmente, por telefone, os voluntários para sessões de acompanhamento	S10	S/ termo	P	-
	36	Avaliar semestralmente a satisfação do voluntariado através do questionário de satisfação com o voluntariado	S12	1D	P	-
G	37	Aplicar aos cuidadores a dimensão das atividades sociais da escala de satisfação com o suporte social no término do serviço (renúncia do utilizador, rescisão da voluntária, etc.)	S19	S/termo	P	-

**LEGENDA:** Se – Sequencial | P – Paralela | S/ - sem | D – dia(s) | S – Semanas

## 17. INDICADORES PARA A AVALIAÇÃO

META	N.º	INDICADOR DE ATIVIDADE	INDICADOR DE RESULTADO
A	1	número de parceiros comunitários contactados/ número de parceiros comunitários existentes x 100	número de parceiros que aderem/ número total de parceiros x 100
	2	número de parceiros de campanha contactados/ número de parceiros de campanha x 100	
	3	número de parceiros com documentação entregue/ número de parceiros de campanha x 100	
	4	número de parceiros com responsável registado/ número de parceiros de campanha x 100	
	5	número de parceiros de campanha contactados/ número de parceiros de campanha x 100	número de candidatos
	6	número de candidatos com entrevista agendada/ número de candidatos x 100	
	7	número de candidatos entrevistados/ número de candidatos com entrevista agendada x 100	
	8	número de reuniões de júri executadas/ número de reuniões de júri previstas x 100	número de candidatos admitidos
	9	número de candidatos contactados/número de candidatos entrevistados x 100	
B	10	número de candidatos contactados/número de candidatos selecionados x 100	
	11	número de candidatos informados/número de candidatos selecionados x 100	
	12	número de sessões com plano/ número de sessões previstas x 100	
	13	número de sessões preparadas/ número de sessões planeadas x 100	
	14	número de sessões executadas/ número de sessões planeadas x 100	
	15	número de sessões avaliadas/ número de sessões executadas x 100	Avaliação das sessões quando à utilidade, adequação às necessidades, eficácias das metodologias e prestação do formador.
C	16	número de sessões com plano/ número de sessões previstas x 100	
	17	número de sessões preparadas/ número de sessões planeadas x 100	
	18	número de sessões executadas/ número de sessões planeadas x 100	
	19	número de sessões avaliadas/ número de sessões executadas x 100	Avaliação das sessões quando à utilidade,

			adequação às necessidades, eficácias das metodologias e prestação do formador.
D	20	número de voluntários informados do diagnóstico/ número de voluntários em exercício x 100	
	21	número de voluntários questionados sobre a sua vontade/ número de voluntários em exercício x 100	
	22	número de voluntários questionados sobre a sua disponibilidade/ número de voluntários em exercício x 100	
	23	número de sessões com plano/ número de sessões previstas x 100	
	24	número de sessões preparadas/ número de sessões planeadas x 100	
	25	número de sessões executadas/ número de sessões planeadas x 100 número de voluntários presentes/ número de voluntários previstos na sessão x 100	
	26	número de sessões avaliadas/ número de sessões executadas x 100	Avaliação das sessões quanto à utilidade, adequação às necessidades, eficácias das metodologias e prestação do formador.
E	27	número cuidadores contactados/ número de cuidadores existentes x 100	
	28	número de cuidadores informados/ número de cuidadores contactados x 100	
	29	número de sessões com plano/ número de sessões previstas x 100	
	30	número de sessões preparadas/ número de sessões planeadas x 100	
	31	número de sessões executadas/ número de sessões planeadas x 100 número de cuidadores presentes/ número de cuidadores previstos na sessão x 100	
	32	número de sessões avaliadas/ número de sessões executadas x 100	Avaliação da sessão quanto à utilidade, qualidade da apresentação e % de cuidadores que conheceram pelo menos um novo recurso comunitário na sessão.
F	33	número de primeiras visitas acompanhadas realizadas/ número de primeiras visitas acompanhadas previstas x 100	
	34	número de reuniões mensais realizadas/ número de reuniões mensais previstas x 100	
	35	número de acompanhamentos por telefone realizados/ número de acompanhamentos por telefone previstos x 100	
	36	número de voluntários com satisfação avaliada/ número de voluntários em exercício x 100	Mediana das avaliações da satisfação com o voluntariado. Mediana das avaliações da satisfação com a experiência de voluntariado. Mediana das avaliações da satisfação com a realização pessoal.
G	37	número de cuidadores que usaram o serviço número de cuidadores que avaliaram a satisfação com as atividades sociais do suporte social/ número de cuidadores que usaram o serviço x 100	Mediana das avaliações da satisfação com o suporte social na dimensão das actividades sociais.

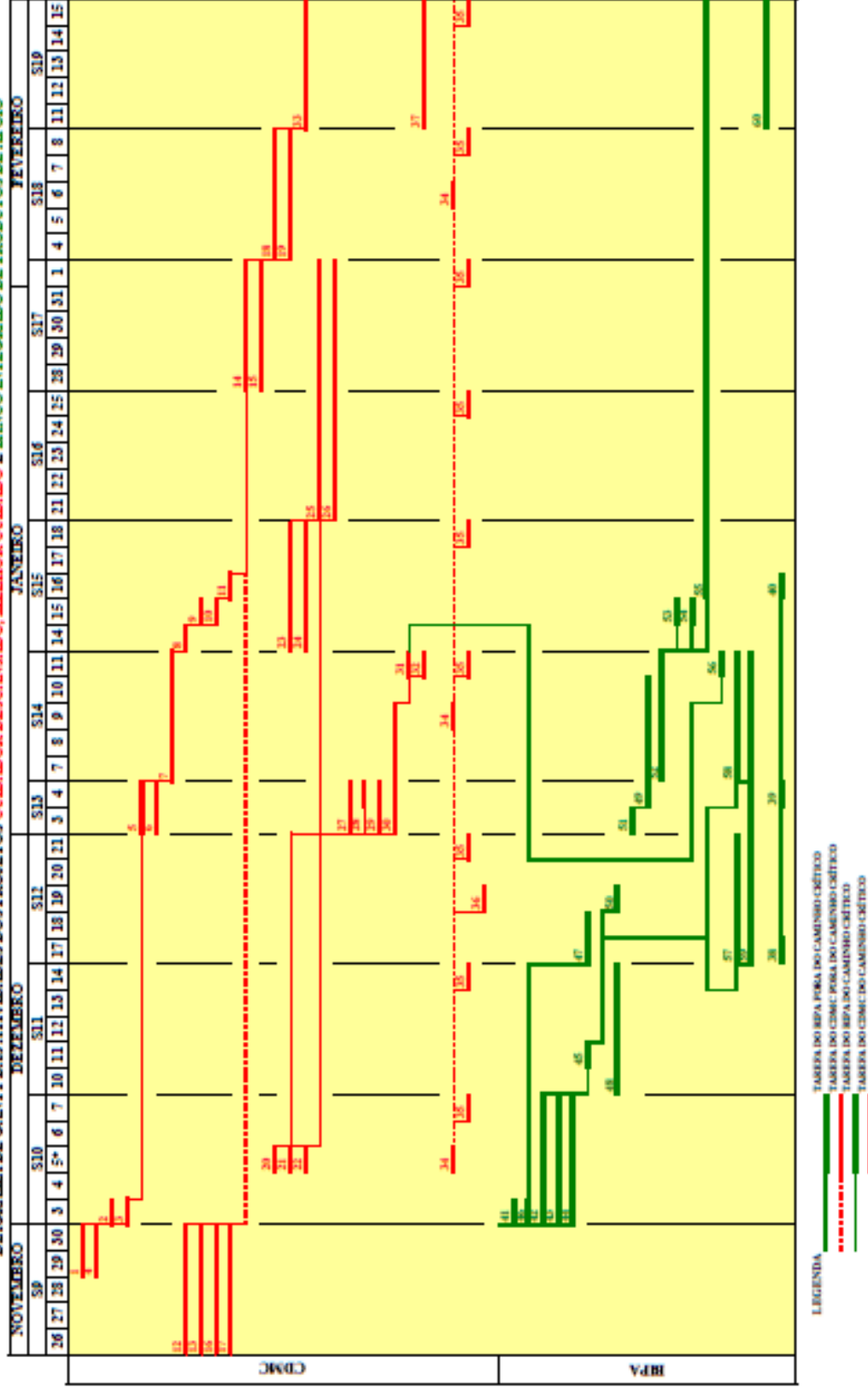
## 18. REFERÊNCIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

- ARSLVT, IP (2011) *Política do serviço de voluntariado: definição de normas e regulamento geral da Administração Geral de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*, IP. Lisboa: ARSLVT,IP.
- Decreto-Lei N.º 389 de 30 de Setembro de 1999 (1999). Bases do enquadramento jurídico do voluntariado. *Diário da República II Série*, N.º229 (30/09/1999), 6694-6698.

- Lei N.º 71 de 3 Novembro de 1998 (1998). Bases do enquadramento jurídico do voluntariado. *Diário da República II Série*, N.º 254 (3/11/1998), 5694-5696.
- Resolução N.º 50 de 20 de Abril de 2000 (2000). *Diário da República II Série.*, N.º 94 (20/04/2000), 7235.
- Unidade de Cuidados da Comunidade de São Mamede e Santa Isabel (UCCSMSI) (2012). *Regulamento geral do Voluntariado Porta Aberta*. Lisboa: UCCSMSI.
- UCCSMSI (2010). *Plano de Acção*. Lisboa: UCCSMSI.

## **APÊNDICE XII – Diagrama de Gantt das atividades dos projetos**

DIAGRAMA DE GANTT DAS ATIVIDADES DOS PROJETOS CIDADADOR DESCANSADO, MELHOR CIDADÃO E BANCO INTEGRADO DE PRODUTOS DE AFOIO



**APÊNDICE XIII – Quadro de registo da aplicação dos indicadores de  
atividade e resultado dos projetos e respetivos documentos  
comprovativos**



ATIVIDADE	INDICADORES DE PROCESSO	INDICADORES DE RESULTADO
<b>PROJECTO CUIDADOR DESCANSADO, MELHOR CUIDADO</b>		
1	100% dos parceiros comunitários contactados	100% de parceiros comunitários validaram participar
2	100% dos parceiros de campanha contactados	
3	100% dos parceiros de campanha com documentação entregue	
4	100% dos parceiros de campanha com contactos registados	
5	100% dos parceiros contactados	5 candidatos
6	100% dos candidatos com entrevista agendada	
7	100% dos candidatos entrevistados	
8	100% de reuniões de júri executadas	2 candidatos admitidos
9	100% dos candidatos informados do resultado do processo de recrutamento	
10	100% dos candidatos contactados	
11	100% dos candidatos informados das datas das sessões	
12	100% das sessões com plano de sessão realizado	100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente útil 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente adequada às necessidades 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente eficaz quanto à metodologia aplicada 100% dos presentes avaliaram a prestação do formador como excelente
13	100% das sessões preparadas	
14	100% das sessões executadas	
15	100% das sessões avaliadas	
16	100% das sessões com plano de sessão realizado	100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente útil 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente adequada às necessidades 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente eficaz quanto à metodologia aplicada 100% dos presentes avaliaram a prestação do formador como excelente
17	100% das sessões preparadas	
18	100% das sessões executadas	
19	100% das sessões avaliadas	
20	100% dos voluntários atuais informados do diagnóstico de situação	100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente útil 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente adequada às necessidades 100% dos presentes avaliaram a sessão como totalmente eficaz quanto à metodologia aplicada 100% dos presentes avaliaram a prestação do formador como excelente
21	100% dos voluntários questionados quanto à vontade	
22	100% dos voluntários questionados quanto à disponibilidade	
23	100% das sessões com plano de sessão realizado	
24	100% de sessões preparadas	Os participantes da sessão sobre recursos comunitários com serviço domiciliário avaliaram a sessão como bastante
25	100% de sessões executadas 75% de participação na sessão sobre recursos comunitários com serviço domiciliário 75% de participação na sessão sobre estratégias de alimentação em casa 100% de participação na sessão sobre estratégias de mobilização em casa 100% de participação na sessão sobre estratégias de eliminação em casa	
26	100% das sessões avaliadas	

		<p>útil, adequada às necessidades, eficaz quanto à metodologia e a prestação do formador como excelente</p> <p>Os participantes da sessão sobre estratégias de alimentação em casa avaliaram a sessão com totalmente útil, bastante adequada às necessidades e eficaz quanto à metodologia e excelente quanto à prestação do formador</p> <p>Os participantes da sessão sobre estratégias de mobilização em casa avaliaram a sessão como totalmente útil, bastante adequada às necessidades, quanto à eficácia da metodologia utilizada e à prestação do formador</p> <p>Os participantes da sessão sobre estratégias de eliminação em casa avaliaram a sessão como bastante útil e totalmente adequada às necessidades e metodologias utilizadas e excelente quanto à prestação do formador</p>
27	50% dos cuidadores da área geodemográfica com contato telefónico efetivo para aferição de disponibilidades	
28	100% dos cuidadores com contato telefónico efetivo prévio informados	
29	100% das sessões com plano de sessão realizado	
30	100% das sessões preparadas	
31	17% de presenças 100% das sessões executadas	
32	100% dos participantes avaliaram a sessão	<p>Os participantes avaliaram a sessão como totalmente útil e a qualidade da apresentação como excelente.</p> <p>67% dos participantes ficaram a conhecer pelo menos um novo recurso comunitário com serviço de apoio domiciliário.</p>
33	0% de primeiras visitas acompanhadas	
34	100% de reuniões mensais realizadas	
35	15% de sessões de acompanhamento por telefone	
36	75% de participação na avaliação da satisfação do voluntariado	<p>Mediana da pontuação de 6 em 7 na satisfação com o voluntariado.</p> <p>Mediana da pontuação de 6 em 7 na satisfação com a experiência de voluntariado.</p> <p>Mediana da pontuação de 6 em 7 na satisfação com a realização pessoal.</p>
37	2 cuidadores usufruíram do serviço de substituição de curta duração 100% de participação na avaliação da satisfação com o suporte social	<p>Mediana na pontuação com a satisfação do suporte social, na dimensão das atividades sociais, é de 4.</p>

ATIVIDADE	INDICADORES DE PROCESSO	INDICADORES DE RESULTADO
<b>PROJETO BANCO INTEGRADO DE PRODUTOS DE APOIO</b>		
38	100% reuniões executadas	
39	100% reuniões executadas	
40	100% reuniões executadas	Logótipo do BIPA
41	100% reuniões executadas	
42	Regulamento redigido	
43	Formulário construído	
44	Formulário construído	
45	100% reuniões executadas	Regulamento da organização e funcionamento do BIPA assinado
46	100% reuniões executadas	Espaço atribuído
47	Espaço preparado	
48	Sistema de informação preparado	
49	100% dos produtos de apoio catalogados	
50	1 dossier de arquivo	
51	3 andarilhos, 2 bengalas tripé, 5 cadeiras-de-rodas, 9 canadianas, 2 muletas, 1 cadeira de higiene com apoio de banheira, 1 assento de distribuição da pressão em espuma, 3 calcanheiras em espuma, 1 colchão pressão alternada, 1 lombostato, 1 colar cervical rígido e 1 colar de espuma.	
52	Cartaz construído	
53	100% cartazes distribuídos	
54	100% cartazes distribuídos	
55	1 Cadeira-de-rodas/ cadeira sanitária, 2 bacios hospitalares, 2 assentos de distribuição da pressão em pele de cordeiro e em silicone, 1 cadeira sanitária e 1 andarilho.	
56	Atividade simultânea com atividades 31 e 32, ver avaliação	
57	100% de reuniões executadas 2 Mensagens de correio eletrónico para troca de documentos	1 Acordo de parceria assinado
58	100% de reuniões executadas 4 Mensagens de correio eletrónico para troca de documentos	1 Acordo de parceria assinado
59	100% de reuniões executadas	
60	7 Utilizadores do serviço 100% de participação na avaliação da satisfação com suporte social	Satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais, de 4.

Comprovativo  
da atividade  
7

## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA

GUIA DE ENTREVISTA E OBSERVAÇÃO DOS CANDIDATOS A VOLUNTÁRIO

E INVENTARIO FUNCIONAL DO VOLUNTARIADO\*

\*ROCHA, M.J.R. (2011). Motivações, Envolvimento Prévio, Satisfação e Intenção de repetir a experiência no Voluntariado Ocasional: O caso do Banco Alimentar Contra a Fome. Porto: Universidade do Porto.

**CANDIDATO**

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA**

**GUIÃO DE  
OBSERVAÇÃO**

**Quais a(s) razão(ões) para se candidatar a voluntariado?**

**Aparência geral  
(apresentação, postura,  
higiene, vestuário....)**

**Tem experiência em ações de voluntariado?**

**Quais as funções que desempenhou?**

**Humor, expressão de  
sentimentos e  
capacidade de suporte  
emocional**

**O que espera do voluntariado porta aberta?**

**No seu entender o que é ser um voluntário?**

**Capacidade de  
comunicação (discurso,  
expressividade,  
correção, ...)**

**Diga duas características pessoais que considere mais-valias para este projeto.**

**Diga duas características pessoais que considere defeitos.**

**Parecer da polícia de  
segurança pública sobre  
o cidadão candidato**

**Tem algum problema de saúde (físico ou psicológico) que o possa vir a limitar na atividade como voluntário?**

**Sentir-se-ia preparada/o para lidar com situações adversas, ligadas ao sofrimento, ou pessoas em fim de vida?**

**INSTRUÇÕES:** Circule o número que melhor expressa a sua opinião sobre a afirmação.

POUCO IMPORTANTE	1	2	3	4	5	6	7	MUITO IMPORTANTE
1. O voluntariado pode ajudar-me a arranjar emprego	1	2	3	4	5	6	7	
2. Os meus amigos também são voluntários	1	2	3	4	5	6	7	
3. As pessoas que me são próximas querem que me voluntarie	1	2	3	4	5	6	7	
4. As pessoas que conheço partilham o interesse pelo serviço à comunidade	1	2	3	4	5	6	7	
5. Por muito mal que me sinta, o voluntariado ajuda-me a esquecer	1	2	3	4	5	6	7	
6. Com o voluntariado sinto-me menos só	1	2	3	4	5	6	7	
7. Posso fazer novos contatos que podem ajudar o meu negócio ou a minha carreira	1	2	3	4	5	6	7	
8. Posso aprender mais sobre a causa à qual me dedico	1	2	3	4	5	6	7	
9. O voluntariado permite-me obter uma nova perspetiva das coisas	1	2	3	4	5	6	7	
10. O voluntariado permite-me explorar diferentes opções de carreira	1	2	3	4	5	6	7	
11. O voluntariado permite-me aprender coisas através de experiência direta	1	2	3	4	5	6	7	
12. O voluntariado ajuda-me a ultrapassar os meus problemas pessoais	1	2	3	4	5	6	7	
13. O voluntariado vai ajudar-me a ter êxito na minha profissão	1	2	3	4	5	6	7	
14. O voluntariado é uma boa forma de fugir aos meus próprios problemas	1	2	3	4	5	6	7	
15. Posso aprender a lidar com uma grande variedade de pessoas	1	2	3	4	5	6	7	
16. O voluntariado faz-me sentir necessário (a) / útil	1	2	3	4	5	6	7	
17. O voluntariado faz-me sentir melhor comigo mesmo	1	2	3	4	5	6	7	
18. A experiência de voluntariado vai melhorar o meu curriculum	1	2	3	4	5	6	7	
19. Posso conhecer melhor as minhas forças	1	2	3	4	5	6	7	
20. Quero ajudar a fazer do programa de voluntariado um sucesso.	1	2	3	4	5	6	7	
21. Quero colocar algo de novo na sociedade	1	2	3	4	5	6	7	
22. Quero sentir que faço parte desta comunidade	1	2	3	4	5	6	7	
23. O voluntariado cria uma sociedade melhor	1	2	3	4	5	6	7	
24. Alguém próximo ou um amigo está envolvido no programa de voluntariado	1	2	3	4	5	6	7	
25. Quero continuar com a tradição de voluntariado da minha família	1	2	3	4	5	6	7	
26. A maioria das pessoas da minha comunidade faz voluntariado	1	2	3	4	5	6	7	

**INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE:** (1) some os itens de cada dimensão, (2) converta o total para uma escala de 0 a 100 para comparação, (3) atribua uma classificação de 1º a 5º lugar conforme a maior para a menor pontuação e (4) exclua o candidato se a motivação carreira está em primeiro lugar.

	ITENS	SOMA	CONVERSÃO	CLASSIFICAÇÃO
<b>CARREIRA</b>	1, 7, 10, 13 e 18			
<b>COMPREENSÃO</b>	8, 9, 11, 15 e 19			
<b>IDENTIDADE DE GRUPO</b>	2, 3, 4, 24, 25 e 26			
<b>PROTEÇÃO E REFORÇO</b>	5, 6, 12, 14, 16 e 17			
<b>PROPÓSITO</b>	20, 21, 22 e 23			

## **PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA**

### **DOCUMENTO ORIENTADOR PARA AS SESSÕES DE PREPARAÇÃO DO VOLUNTÁRIO<sup>45</sup> PARA A COMPANHIA SOCIAL – ANO 2013**

#### **FINALIDADE**

- Otimizar a ação voluntário para a companhia social

#### **OBJETIVOS GERAL**

1. Preparar o voluntário para o desempenho do papel lúdico e recreativo

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- A. Conhecer a Unidade de Cuidados da Comunidade
- B. Conhecer o programa de voluntariado *Porta Aberta*
- C. Conhecer os recursos comunitários
- D. Explicar os direitos e deveres do voluntário
- E. Explicar as funções do voluntário *Porta Aberta*
- F. Conhecer estratégias para a ocupação e recreação dos utilizadores do programa
- G. Conhecer os utilizadores
- H. Planear as visitas aos utilizadores

---

<sup>45</sup> "O voluntário é o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora" (Número 1, Artigo 3º, Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro de 1998).



**FINALIDADE**

PREPARAR O VOLUNTÁRIO PARA A COMPANHIA SOCIAL

**SESSÕES PLANEADAS:**

2 SESSÕES FORMATIVAS COM DURAÇÃO DE 120' CADA

**DATAS DA SESSÃO:**

4 E 11 DE FEVEREIRO DE 2013

SESSÃO FORMATIVA 1 – 04/02/2013	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS				ESPAÇO DE REALIZAÇÃO	
	1. Preparar o voluntário para o desempenho do papel lúdico e recreativo		A. Conhecer a Unidade de Cuidados da Comunidade B. Conhecer o programa de voluntariado Porta Aberta C. Conhecer os recursos comunitários D. Explicar os direitos e deveres do voluntário				Ginásio	
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Apresentação do formador Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos Quebra-gelo	Afirmativo expositivo  Ativo	   Brasão	5'  10'	Diapositivos  Folha e canetas	Pedro Branco e Miguel Rocha
	DESENVOLVIMENTO		A Programas B Atribuições do Porta Aberta C Parcerias e recursos comunitários D Ética no voluntariado E Direitos e deveres	Afirmativo expositivo  Interrogativo	   Modalidade orientada	100'	Diapositivos Regulamento interno Guia de recursos Regulamento interno Regulamento interno	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Ativo		5'		

SESSÃO FORMATIVA 2 – 11/02/2013	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS				ESPAÇO DE REALIZAÇÃO	
	1. Preparar o voluntário para o desempenho do papel lúdico e recreativo		E. Explicar as funções do voluntário Porta Aberta F. Conhecer estratégias para a ocupação e recreação dos utilizadores do programa G. Conhecer os utilizadores H. Planejar as visitas aos utilizadores				Ginásio	
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos	Afirmativo expositivo		5'	Diapositivos	Pedro Branco e Miguel Rocha
	DESENVOLVIMENTO		F Funções do voluntário G Estratégias de ocupação e recreação H Apresentação dos utilizadores I Agendamento da primeira visita	Afirmativo expositivo  Interrogativo	   Modalidade orientada	100'  10'	Diapositivos  Agenda e caneta	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Afirmativo expositivo		5'		

**AValiação:** participar nas duas sessões formativas

## BIBLIOGRAFIA

- FUNDAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO (2006) – **Formação Pedagógica Inicial de Formadores**. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Tipografia Peres, S.A.
- LEI N.º 71/98 de 3 de Novembro de 1998
- MÃO-DE-FERRO, António. (1999) – **Na rota da pedagogia**. 1.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Edições Colibri, ISBN 972-772-069-2.



## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA



### Porta Aberta

#### ► Destinatários

- Pessoas em situação de dependência com necessidades de apoio social do tipo:
  - Companhia social
  - Apoio emocional
  - Apoio instrumental

#### ► Objetivos gerais

- Melhorar o bem-estar da pessoa/ família
- Aumentar a rede social da pessoa em situação de dependência

## PARCEIROS E RECURSOS COMUNITÁRIOS



**PARCEIRO COMUNITÁRIO**  
Centro Paroquial



**PARCEIRO COMUNITÁRIO**  
Centro de Dia



**PARCEIRO COMUNITÁRIO**  
Junta de Freguesia



## PARCEIRO COMUNITÁRIO

### Junta de Freguesia



## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Limpar a casa

- ▶ **Escritório:** Lisboa Oriental
- ▶ **Telefone:** 21 414 94 30
- ▶ **Telemóvel:** 93 899 80 00
- ▶ **E-mail:** lisboa.oriental@house-maid.com
- ▶ **Custo:** de acordo com a extensão da área de limpeza

Empresa: HouseMaid

- ▶ **Morada:** Rua Conde Antas 50-B, 1070-070 LISBOA
- ▶ **Telefone:** 917 124 062
- ▶ **Nº Azul:** 808 914 062
- ▶ **Custo:** de acordo com a extensão da área de limpeza

Empresa: Neolimpe



## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Lavar a roupa

- ▶ **Morada:** Rua Saraiva Carvalho 117-B, Lisboa 1250-242 LISBOA
- ▶ **Telefone:** 213 967 394
- ▶ **Fax:** 213 967 394
- ▶ **Custo:** sem custos adicionais, de acordo com a quantidade de peças

Lavandaria Lavacentro

- ▶ **Morada:** Alameda Roentgen 9-E, 1600-757 LISBOA (Lumiar)
- ▶ **Telefone:** 217 143 329
- ▶ **Custo:** A negociar com a empresa, diversos pacotes

Aldeia da Roupa-Engomadoria e Lavandaria



## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Preparar a Comida



- ▶ **Morada:** Rua noa de São Mamede, nº 76 1250-173 Lisboa

**Centro Paroquial de São Mamede**

- ▶ **Morada:** Rua Saraiva de Carvalho, n.º8, R/C, 1250 Lisboa

**Cruz Vermelha Portuguesa**

## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Ir às compras



- ▶ **Mercearia Esteves dos Santos, Lda**

- **Morada:** Rua de Artilharia Um, nº 19 – 1250-036 Lisboa
- **Telefone:** 213 882 341
- **Custo:** sem custos adicionais

- ▶ **Mini Mercado ABA Lda.**

- **Morada:** Campo de Ourique - Rua Silva Carvalho 72 - 1250 Lisboa
- **Telefone:** 213 814 376
- **Custo:** Sem custos adicionais

- ▶ **Talho O Rei do Gado**

- **Morada:** Rua Saraiva de Carvalho, nº 83 – 1250-242 Lisboa
- **Telefone:** 213 968 356
- **Telemóvel:** 964 040 392
- **Custo:** sem custos adicionais

**Mercado local**

- ▶ **Continente**

- **Método de compra:** via internet
- **Site:** [www.continente.pt](http://www.continente.pt)
- **Linha de Apoio ao Cliente:** 707 10 66 66
- **Método de pagamento:** Através de Cartão Multibanco no ato da entrega

- ▶ **Jumbo**

- **Método de compra:** via internet
- **Site:** [www.jumbo.pt](http://www.jumbo.pt)
- **Método de pagamento:** Através de Cartão Multibanco no ato da entrega

- ▶ **Pão de Açúcar Amoreiras**

- **Método de compra:** via telefone
- **Telefone:** 217 103 480
- **Método de pagamento:** Dinheiro ou através de Cartão Multibanco no ato da entrega (+ 50 euros ou > 65 anos de idade não cobra )

**Hipermercados**

## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Uso do transporte



- ▶ **António Augusto Esteves (Santo Condestável)**

- **Morada:** Rua Tomás Anunciação Praça Táxis - 1350 LISBOA
- **Contacto Telefónico:** 213 903 060

- ▶ **Rádio Táxis de Lisboa**

- **Morada:** Rua General Themudo Barata nº5 , 1º - 1170-403 LISBOA
- **Contactos:** 218 119 000 | 969 531 660 | 919 781 000 | 938 119 002

- ▶ **Táxi Adaptado - Sr. Jorge**

- **Contactos:** 911 114 233 | 969 963 026

**Táxis**

- ▶ **LouresMacas- Ambulâncias Lda**

- **Telefone:** 219 838 985

- ▶ **LarDoceLar.com**

- **Telefone:** 808 200 140

**Ambulâncias**



## RECURSOS COMUNITÁRIOS COM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Uso da medicação



#### ► Farmácia Albano

- **Morada:** Rua da Escola Politécnica, nº59
- **Contacto Telefónico:** 213426750
- **Custo:** sem custos adicionais
  - Presta também serviço de Análises Clínicas no domicílio com o seguinte horário: De segunda-feira a sexta-feira entre as 8h e as 11h, Sábados entre as 8:30h e as 11h.

#### ► Farmácia Príncipe Real

- **Morada:** Rua da Escola Politécnica, nº 16
- **Contacto Telefónico:** 213425455
- **Custo:** sem custos adicionais

Entregas esporádicas, a  
utentes habituais

#### ► Farmácia dos Lusíadas

- **Morada:** Urbanização Alto dos Moinhos, Rua C, Loja 1-A, São Domingos de Benfica, 1500-467 Lisboa
- **Contacto Telefónico:** 218143381
- **Custo:** Montantes superiores a 25€ - Gratuito
  - Entre 2km a 6km – 3€ | Inferior a 2km – 1€ | Entre 6km a 10km – 5€

#### ► Farmácia Barral

- **Morada:** Rua Augusta nº 255, 1100-051 Lisboa
- **Contacto Telefónico:** 213476141
- **Custo:** Taxa de 2,5€ em encomendas até 50€ no total da fatura

#### ► Farmácia Andrade

- **Morada:** Rua do Alecrim nº 125, 1200-016 Lisboa
- **Contacto Telefónico:** 213241670
- **Horário:** Pedidos realizados antes das 14h | Entregas a partir das 14h
- **Custo:** sem custos adicionais

Serviço de entrega ao  
domicílio na área de Lisboa

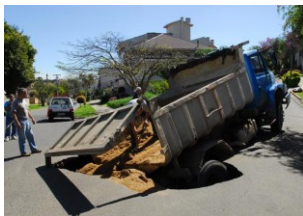
## ÉTICA NO EXERCÍCIO DE

## OLUNTARIADO



itos e Deveres do Voluntário

## Direitos do voluntário



Desenvolver um trabalho de acordo com os seus conhecimentos, experiências e motivações;

Ter acesso a programas de formação inicial e contínua



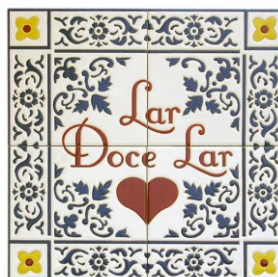
(\*) OBRIGADO





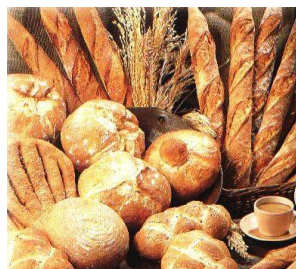
Receber apoio no desempenho do seu trabalho com acompanhamento e avaliação técnica;

Ter ambiente de trabalho favorável e em condições de higiene e segurança;



Participação das decisões que dizem respeito ao seu trabalho;

Ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve com acreditação e certificação.



Acordar com a organização promotora um programa de voluntariado, que regule os termos e condições do trabalho que vai realizar.



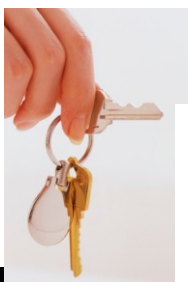
## Deveres do voluntário para com o DESTINATÁRIO

- ▶ Respeitar a vida privada e a dignidade da pessoa;
- ▶ Respeitar as convicções ideológicas, religiosas e culturais;
- ▶ Guardar sigilo sobre assuntos confidenciais;

**RESPEITO É  
BOM  
E EU GOSTO**

## Deveres do voluntário para com o DESTINATÁRIO

- ▶ Usar de bom senso na resolução de assuntos imprevistos, informando os respetivos responsáveis.



112



## Deveres do voluntário para com o DESTINATÁRIO

- ▶ Contribuir para o desenvolvimento pessoal e integral do destinatário;
- ▶ Garantir a regularidade do exercício do trabalho voluntário;
- ▶ Atuar de forma gratuita e interessada, sem esperar contrapartidas e compensações patrimoniais;



## Deveres do voluntário para com a ORGANIZAÇÃO PROMOTORA

- ▶ Conhecer e respeitar estatutos e funcionamento da organização, bem como as normas dos respetivos programas e projetos;
- ▶ Atuar de forma diligente, isenta e solidária;
- ▶ Zelar pela boa utilização dos bens e meios postos ao seu dispor;
- ▶ Participar em programas de formação para um melhor desempenho do seu trabalho;
- ▶ Dirimir conflitos no exercício do seu trabalho de voluntário;
- ▶ Garantir a regularidade do exercício do trabalho voluntário.
- ▶ Não assumir o papel de representante da organização sem seu conhecimento ou prévia autorização;
- ▶ Utilizar devidamente a identificação como voluntário no exercício da sua atividade;
- ▶ Informar a organização promotora com a maior antecedência possível sempre que pretenda interromper ou cessar o trabalho voluntário.

## Deveres do voluntário para com os PROFISSIONAIS

- ▶ Colaborar com os profissionais da organização promotora, potenciando a sua atuação no âmbito de partilha de informação e em função das orientações técnicas inerentes ao respetivo domínio de atividade;
- ▶ Contribuir para o estabelecimento de uma relação fundada no respeito pelo trabalho que cada um compete desenvolver.



## Deveres do voluntário para com OUTROS VOLUNTÁRIOS

- ▶ Respeitar a dignidade e liberdade dos outros voluntários, reconhecendo-os como pares e valorizando o seu trabalho;
- ▶ Fomentar o trabalho de equipa, contribuindo para uma boa comunicação e um clima de trabalho e convivência agradável;
- ▶ Facilitar a integração, formação e participação de todos os voluntários.



**OBRIGADO, PELA VOSSA  
PRESENÇA**

»» Até à próxima segunda-feira!



**ABRIR PORTAS**

VOLUNTARIADO PORTA ABERTA

**FUNÇÕES DOS VOLUNTÁRIOS  
PORTA ABERTA**

## **Funções do voluntário Porta Aberta**

- ▶ Visitar o destinatário em casa
- ▶ Participar em momentos lúdicos ou recreativos com o destinatário
- ▶ Participar em pequenas tarefas no exterior que não envolvam manuseamento de valores financeiros
- ▶ Participar em pequenas tarefas em casa que não envolvam manuseamento de valores financeiros
- ▶ Acompanhar o destinatário em diligências ao exterior
- ▶ Informar a equipa de necessidades/ problemas sociais e/ou de saúde expressos ou sentidos pelo destinatário

## **ESTRATÉGIAS PARA A OCUPAÇÃO E RECREAÇÃO**

### **(1) Explorar as fontes significativas de ocupação e/ou recreação do destinatário**

- ▶ Conversar sobre passatempos favoritos
- ▶ Conversar sobre trabalhos anteriores
- ▶ Conversar sobre férias
- ▶ Conversar sobre viagens ou passeios realizados
- ▶ Conversar sobre filmes, séries, novelas preferidos
- ▶ Conversar sobre desporto
- ▶ Conversar sobre animais de companhia
- ▶ Conversar sobre tecnologias de informação
- ▶ Conversar sobre amigos
- ▶ Conversar sobre áreas de estudo
- ▶ Conversar...

## **(2) Observar indicadores de recreação e/ou ocupação**

- ▶ Evidência de coleções
- ▶ Evidência de atividades em curso
- ▶ Evidência de passatempos
- ▶ Evidência de ocupações anteriores

## **(3) Planear com o destinatário atividades de recreação e/ou ocupação**

- ▶ Organizar rodízio de jogos de mesa ou de tabuleiro
- ▶ Cozinhar especialidades nos encontros, preparar chás,...
- ▶ Praticar jardinagem no terraço, varanda,...
- ▶ Partilhar a leitura de livros, jornais, revistas,...
- ▶ Ver filmes, novelas, séries, ...
- ▶ Ir ao teatro, cinema, concerto, ...
- ▶ Partilhar pequenas tarefas domésticas
- ▶ Costurar, bordar, ...
- ▶ Montar legos, puzzles, miniaturas, maquetes, ...
- ▶ Pintar quadros, peças de barro em branco, ...
- ▶ Cuidar dos animais de companhia

## **PLANEAMENTO DAS VISITAS**

## Acompanhamento do voluntário

- ▶ Marcações e desmarcações das visitas do voluntário pelo assistente técnico da unidade
- ▶ Primeira visita acompanhada de profissional de referência do utilizador
- ▶ Segunda visita com contato telefónico do profissional de referência ao utilizador e ao voluntário
- ▶ Contatos telefónicos semanais do profissional de referência ao utilizador e voluntário no primeiro mês
- ▶ Reuniões mensais com os voluntários a partir do segundo mês
- ▶ Contatos por correio eletrónico pelo voluntário a qualquer momento

**OBRIGADO, PELA VOSSA  
PRESENÇA**



**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS SESSÕES DE PREPARAÇÃO DO VOLUNTÁRIO PARA A  
COMPANHIA SOCIAL DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

**Circula o número** que melhor se adequa à sua opinião sobre as sessões relativamente à:

<b>UTILIDADE</b>	Nada	Pouco	Algo	Bastante	Totalmente
Primeira sessão	1	2	3	4	5
Segunda sessão	1	2	3	4	5
<b>ADEQUAÇÃO ÀS SUAS NECESSIDADES</b>					
Primeira sessão	1	2	3	4	5
Segunda sessão	1	2	3	4	5
<b>EFICÁCIA DAS METODOLOGIAS UTILIZADAS</b>					
Primeira sessão	1	2	3	4	5
Segunda sessão	1	2	3	4	5
<b>PRESTAÇÃO DO FORMADOR</b>					
Primeira sessão	1	2	3	4	5
Segunda sessão	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua presença e participação!



## PROJETO “CUIDADOR DESCANSADO, MELHOR CUIDADO”

DOCUMENTO ORIENTADOR PARA AS SESSÕES DE PREPARAÇÃO DO VOLUNTÁRIO<sup>46</sup> PARA SUBSTITUIÇÃO TEMPORÁRIA DO CUIDADOR INFORMAL<sup>47</sup> PRIMÁRIO<sup>48</sup> NA ASSISTÊNCIA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA<sup>49</sup> EM CASA

### CONTEXTO

Três das quatro voluntárias preencheram um questionário de auto percepção sobre os seus níveis de conhecimento, em caso de substituição do cuidador principal (Anexo a). As necessidades de formação sentidas pelas voluntárias, com menor mediana, foram nas seguintes áreas: (1) ajudar na eliminação, (2) ajudar na movimentação, (3) informar sobre recursos comunitários com serviços ao domicílio e (4) ajudar na alimentação.

### FINALIDADE

- Otimizar a ação voluntário para o papel de prestador de cuidados<sup>50</sup> informal secundário

### OBJETIVOS GERAL

2. Preparar o voluntário para a substituição temporária do cuidador informal primário no cuidado à pessoa em situação de dependência

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Informar ao voluntário os recursos comunitários disponíveis na área geodemográfica, que prestam os seus serviços em casa
- J. Explicar ao voluntário os cuidados com a alimentação
- K. Explicar ao voluntário os cuidados com a mobilização
- L. Explicar ao voluntário os cuidados com a eliminação

<sup>46</sup> "O voluntário é o indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora" (Número 1, Artigo 3º, Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro de 1998).

<sup>47</sup> Aqueles que cuidam ou dão assistência a pessoas em situação de dependência, na sequência de uma doença ou deficiência física ou mental de longa duração ou de problemas relacionados com a idade, geralmente em casa e a título gratuito (COMISSÃO EUROPEIA, 2012).

<sup>48</sup> Os cuidadores informais primários são os que têm "a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar diretamente a pessoa idosa que necessita de cuidados" (SEQUEIRA, 2010:157).

<sup>49</sup> "Um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária" (UE, 1998 citado por MTSS, 2009:8)

<sup>50</sup> "Papel do Indivíduo: Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente." (CIPE, versão 2.0).

SESSÃO FORMATIVA 1	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS		DATA	ESPAÇO DE REALIZAÇÃO		
	1. Preparar o voluntário para a substituição temporária do cuidador informal primário no cuidado à pessoa em situação de dependência		I. Explicar os recursos comunitários disponíveis, na área geodemográfica, que prestam os seus serviços em casa		23/01/2013	Ginásio da Unidade de Cuidados da Comunidade		
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos	Afirmativo expositivo		5'	Diapositivos	
	DESENVOLVIMENTO		Serviços comunitários existentes	Ativo	Estudo de caso	50'	Guia de recursos comunitários	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Afirmativo expositivo		5'		

SESSÃO FORMATIVA 2	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS		DATA	ESPAÇO DE REALIZAÇÃO		
	2. Preparar o voluntário para a substituição temporária do cuidador informal primário no cuidado à pessoa em situação de dependência		J. Explicar os cuidados com a alimentação		23/01/2013	Ginásio da Unidade de Cuidados da Comunidade		
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos	Afirmativo expositivo		5'	Diapositivos	
	DESENVOLVIMENTO		Assistir a capacidade para se alimentar Dispositivos de alimentação	Ativo Afirmativo expositivo	Discussão de casos	20' 5'	Diapositivos	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Afirmativo expositivo		5'		

SESSÃO FORMATIVA 3	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS		DATA	ESPAÇO DE REALIZAÇÃO		
	3. Preparar o voluntário para a substituição temporária do cuidador informal primário no cuidado à pessoa em situação de dependência		K. Explicar os cuidados com a mobilização		30/01/2013	Ginásio da Unidade de Cuidados da Comunidade		
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos	Afirmativo expositivo		5'	Diapositivos	
	DESENVOLVIMENTO		B Assistir a capacidade para se mobilizar B Dispositivos de mobilização/ imobilização	Ativo Afirmativo expositivo	Simulação	20' 5'	Diapositivos	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Afirmativo expositivo		5'		

SESSÃO FORMATIVA 4	OBJETIVO GERAL		OBJETIVOS ESPECÍFICOS		DATA	ESPAÇO DE REALIZAÇÃO		
	1. Preparar o voluntário para a substituição temporária do cuidador informal primário no cuidado à pessoa em situação de dependência		L. Explicar os cuidados com a eliminação		30/01/2013	Ginásio da Unidade de Cuidados da Comunidade		
	FASE	OBJ. G E	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODO	TÉCNICAS	DURAÇÃO	RECURSOS	FORMADOR
	INTRODUÇÃO	1	Descrever objetivos da formação Testar pré-requisitos	Afirmativo expositivo		5'	Diapositivos	
	DESENVOLVIMENTO		G Assistir a capacidade para usar o sanitário G Dispositivos urinários/ de recolha/ absorção/	Ativo Afirmativo expositivo	Discussão de casos	20' 5'	Diapositivos	
	CONCLUSÃO		Clarificação de questões e síntese	Afirmativo expositivo		5'		

## AVALIAÇÃO

Participar em pelo menos 2 sessões formativas

## BIBLIOGRAFIA

- FUNDAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO (2006) – **Formação Pedagógica Inicial de Formadores**. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Tipografia Peres, S.A.
- LEI N.º 71/98 de 3 de Novembro de 1998
- MÃO-DE-FERRO, António. (1999) – **Na rota da pedagogia**. 1.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Edições Colibri, ISBN 972-772-069-2.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (MTSS). Gabinete de estratégia e planeamento (2009) – **A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados**. Lisboa: MTSS. ISBN 978-972-704-348-4.
- OE – ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0** 1.<sup>a</sup>ed. Lisboa: Lusodidacta.
- PORTAL SAÚDE-UE DA COMISSÃO EUROPEIA (2012) [http://ec.europa.eu/health-eu/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/index_pt.htm). Acedido em 2012/04/15.
- SEQUEIRA, Carlos. (2010) – **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. 1.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-972-757-717-0.

## ANEXO A

		Nenhuns	Poucos	Alguns	Muitos	Todos
<b>Se substituísse o lugar de cuidador de alguém durante uma horas, teria conhecimento sobre:</b>						
<b>T</b>	como dar a medicação em segurança à pessoa cuidada?	1	2	3	4	5
<b>P</b>	que perguntas fazer para conhecer a rotina de cuidados da pessoa cuidada?	1	2	3	4	5
<b>A</b>	o que fazer para evitar que a pessoa cuidada se engasgue enquanto come?	1	2	3	4	5
<b>A</b>	o que fazer quando a pessoa cuidada se engasgasse?	1	2	3	4	5
<b>A</b>	como ajudar a pessoa cuidada a comer?	1	2	3	4	5
<b>A</b>	como ajudar a pessoa cuidada a beber?	1	2	3	4	5
<b>M</b>	como ajudar a pessoa cuidada a virar-se na cama?	1	2	3	4	5
<b>M</b>	como ajudar a pessoa cuidada a erguer-se da cama/ cadeira?	1	2	3	4	5
<b>M</b>	como ajudar a pessoa cuidada a andar?	1	2	3	4	5
<b>M</b>	como ajudar a pessoa cuidada a transferir-se da cama para a cadeira ou vice-versa?	1	2	3	4	5
<b>E</b>	como ajudar a pessoa cuidada a trocar a fralda?	1	2	3	4	5
<b>E</b>	como ajudar a pessoa cuidada a utilizar um urinol?	1	2	3	4	5
<b>E</b>	os cuidados a ter com a algália da pessoa cuidada?	1	2	3	4	5
<b>E</b>	os cuidados a ter com o dispositivo urinário externo da pessoa cuidada?	1	2	3	4	5
<b>C</b>	como ajudar a pessoa cuidada a falar do que sente?	1	2	3	4	5
<b>C</b>	como ajudar a pessoa cuidada a divertir-se?	1	2	3	4	5
<b>R</b>	os recursos que existem na [nome da área geodemográfica] para ajudar a pessoa cuidada?	1	2	3	4	5

## RECURSOS COMUNITÁRIOS QUE PRESTAM SERVIÇO DOMICILIÁRIO

### Objetivos da sessão

- ▶ Apresentar:
  - os serviços comunitários que estão a ser criados na unidade para apoiar os cuidadores em casa.
  - os recursos comunitários da área que prestam serviço em casa.

### Descanso de curta duração do cuidador

- ▶ Voluntário substitui o cuidador por um curto período de tempo.
- ▶ Porque é que está a ser criado este serviço?
  - 32,4% dos cuidadores afirmaram necessitar serem substituídos em caso de ausência, impedimento ou para descansarem
  - 17,6% cuidadores afirmaram necessitar de obterem um serviço de recreação e ocupação dos tempos livres para de quem cuidam em casa.

## Descanso de curta duração do cuidador

- ▶ Como solicitar o serviço?
  - Dirigir-se ou contactar a unidade
- ▶ O que implica?
  - Visita domiciliária pelo enfermeiro e/ou assistente social
  - Visita domiciliária do voluntário
- ▶ Tem custos?
  - Custo da primeira visita domiciliária do profissional

## Descanso de curta duração do cuidador

- ▶ Quando é que é atribuído?
  - mediante acordo entre as partes e disponibilidade do voluntário
- ▶ Quando é que este serviço está disponível?
  - 30 de Janeiro
    - Porque? Voluntários em formação.

## Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA)

- ▶ um serviço que empresta ao cuidador produtos de apoio que precisa para cuidar.
  - Produto de apoio – usado pela pessoa (cadeira-de-rodas, canadiana, cama articulada, prótese, ...)
  - Tecnologia de apoio – instalado no ambiente (rampa de acesso, corrimão de escada, poliban para higiene em cadeira sanitária, ...)

## Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA)

- ▶ Porque é que está a ser criado este serviço?
  - 20,6% dos cuidadores afirmaram necessitar de serviço de reabilitação e tecnologia/ produtos de apoio
- ▶ Quando é que está disponível para uso?
  - Hoje

## Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA)

- ▶ Como solicitar um produto/ tecnologia de apoio?
  - Preencher a ficha de requerimento
- ▶ Onde?
  - Unidade
  - Juntas de Freguesia
- ▶ O que implica?
  - Visita domiciliária pelo enfermeiro e/ou fisioterapeuta

## Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA)

- ▶ Tem custos?
  - Custo da primeira visita domiciliária do profissional
- ▶ Quando é que é atribuído?
  - mediante parecer positivo do profissional, disponibilidade do produto, assinatura do termo de responsabilidade por quem pede ou por quem vai usar o produto



## Recursos comunitários que prestam serviço em casa

- ▶ A informação disponibilizada foi obtida através de contactos telefónicos, pesquisa de internet e trabalho de campo, onde presencialmente foram confirmadas as informações.
- ▶ Organizados por atividades instrumentais de vida diária: cuidar a casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso do transporte, uso do dinheiro, medicação.

## Recursos comunitários que prestam serviço domiciliário

### Cuidar a casa

Empresa  
Housemaid

Empresa Neolimpe

SAD

- Centro Paroquial de São Mamede
- Cruz Vermelha Portuguesa

## Recursos comunitários que prestam serviço domiciliário

### LAVAR A ROUPA

Lavandaria  
Lavacentro

Aldeia da Roupa-  
Engomadoria e  
Lavandaria

SAD

- Centro Paroquial de São Mamede
- Cruz Vermelha Portuguesa

## Recursos comunitários que prestam serviço domiciliário

### PREPARAR A COMIDA

Não foram encontrados restaurantes locais com entregas ao domicílio.

#### SAD

- Centro Paroquial de São Mamede
- Cruz Vermelha Portuguesa

### IR ÀS COMPRAS

Serviço de compras e entregas ao domicílio através da internet (Continente e Jumbo)

## Recursos comunitários que prestam serviço domiciliário

### USO DO TRANSPORTE

Serviço de Táxis, António Augusto Esteves (Santo Condestável)

Rádio Táxis de Lisboa

## Recursos comunitários que prestam serviço domiciliário

### MEDICAÇÃO

Entregas esporádicas, a utentes habituais:

- Farmácia Albano\*
- Farmácia Príncipe Real

Serviço de entrega ao domicílio na área de Lisboa:

- Farmácia dos Lusíadas
- Farmácia Barral
- Farmácia Andrade

\* Presta também serviço de Análises Clínicas no domicílio.

## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA

### REGISTO DE SESSÕES COM OS VOLUNTÁRIOS

SESSÃO FORMATIVA		SESSÃO DE DISCUSSÃO DE CASOS	
		SESSÃO DE ACOMPANHAMENTO INDIVIDUAL	
FORMADOR (ES)		COORDENADOR (ES)	

TEMA	ORDEM DE TRABALHOS
	1.
DURAÇÃO	2.
	3.
OBJETIVOS	4.
	5.

NOME	ASSINATURA

## REGISTO DA AVALIAÇÃO GERAL DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

UTILIDADE DA SESSÃO				
NADA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOA	EXCELENTE

ADEQUAÇÃO ÀS NECESSIDADES				
NADA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOA	EXCELENTE

EFICACIA PERCEBIDA DAS METODOLOGIAS APLICADAS				
NADA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOA	EXCELENTE

RECURSOS UTILIZADOS				
NADA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOA	EXCELENTE

PRESTAÇÃO DO FORMADOR				
NADA	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOA	EXCELENTE

	Voluntária	Voluntária	Voluntária	Voluntária
NÚMERO TOTAL DE VISITAS				
ATIVIDADES REALIZADAS				
DIFICULDADES PERCEBIDAS				
NECESSIDADES DO UTILIZADOR				
ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER				

## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA

### REGISTO DA ATIVIDADE DO VOLUNTÁRIO

ATIVIDADES	N.º	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	DIA																								
	MÊS																								
	N.º	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
	DIA																								
	MÊS																								

CÓDIGOS DAS ATIVIDADES REALIZADAS	Conversar sobre assuntos de interesse e/ou facilitar a expressão emocional	<b>A</b>	Visitar e/ou acompanhar a outros locais que não a casa	<b>E</b>	Participar na execução de estratégias sociais ou de saúde da UCCSMSI	<b>I</b>
	Emprestar bens pessoais para atividade lúdica ou recreativa	<b>B</b>	Informar sobre recursos locais	<b>F</b>	Participar em reunião de discussão de caso na UCCSMSI	<b>J</b>
	Assistir em atividades básicas de vida diária (alimentar, ajudar a vestir, na higiene,...)	<b>C</b>	Substituição, de curta duração, do cuidador principal	<b>G</b>	Participar em formação contínua na UCCSMSI	<b>K</b>
	Participar em atividades instrumentais de vida diária (despejar lixo, buscar correio, ...)	<b>D</b>	Referenciar alterações / encaminhar situações à equipa da UCCSMSI	<b>H</b>	Outras atividades	<b>L</b>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36

37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48



## PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PORTA ABERTA

### QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O VOLUNTARIADO (ROCHA, 2011) \*

Indique o seu grau de satisfação com:	1 Nada Satisfeito	2	3	4	5	6	7 Extremament e Satisfeito
1. A variedade de atividades que o meu trabalho ofereceu							
2. Os frutos que obtive de meu trabalho							
3. O apoio que recebi para desenvolver o meu trabalho							
4. A informação prévia ao voluntariado que recebi							
5. A informação que recebi durante o voluntariado							
6. A Organização do voluntariado							
7. A comunicação que existiu com os outros voluntários							
8. A experiência do voluntariado que foi muito positiva para mim							
9. As responsabilidades que me deram no voluntariado							

Indique o resultado da sua participação relativamente a:	1 Nada	2	3	4	5	6	7 Muitíssimo
1. Quão gratificante foi a sua experiência de voluntariado?							
2. Valeu a pena a sua experiência como voluntário?							
3. Quão importante foi a sua contribuição para o voluntariado?							
4. Até que ponto sentiu que através do seu trabalho realizou algum bem?							

\*FONTE: ROCHA, M.J.R. (2011). Motivações, Envolvimento Prévio, Satisfação e Intenção de repetir a experiência no Voluntariado Ocasional: O caso do Banco Alimentar Contra a Fome. Porto: Universidade do Porto.

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (RIBEIRO, 1999)

### DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO COM AS ATIVIDADES SOCIAIS

**INSTRUÇÕES:** a seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que não sai com os amigos tantas vezes quantas gostaria, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte das vezes	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte das vezes	Discordo totalmente
Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E

Obrigado pela sua participação.



## **NOTA INTRODUTÓRIA**



A [nome da unidade], doravante designada de [sigla do nome], tem na sua carteira de serviços o programa de Mais Qualidade de Vida para a Pessoa em Situação de Dependência e, na sua tutela, o projeto de Banco Integrado de Produtos de Apoio, doravante designado BIPA.

### **ARTIGO 1º**

#### **OBJETO**

O presente documento regulamenta a organização e funcionamento do Banco Integrado de Produtos de Apoio.

### **ARTIGO 2º**

#### **CONCEITOS**

1. Produtos de apoio - Os produtos de apoio são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico que é usado por uma pessoa com deficiência ou em situação de dependência, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação na vida de relação.
2. Tecnologia de apoio - As tecnologias são qualquer tecnologia customizada ou modificada ou alteração arquitetónica especialmente produzida, que é instalada no ambiente da pessoa com deficiência ou em situação de dependência que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação na vida de relação.
3. Banco integrado de produtos de apoio - O banco de produtos de apoio é um serviço comunitário, universal para uma determinada área geodemográfica, que assiste diretamente a pessoa com deficiência ou em situação de dependência e/ou respetivo familiar cuidador/ cuidador informal no aconselhamento, seleção, obtenção e uso de qualquer produto ou tecnologia de apoio.
4. Entidade gestora - A entidade gestora é aquela que aloja, gere e disponibiliza o serviço de produtos e tecnologias de apoio.

5. Entidade promotora - A entidade promotora é aquela que doa produtos de apoio, participa na instalação de tecnologias de apoio ou divulga o banco integrado de produtos de apoio na área geodemográfica.

### **ARTIGO 3º**

#### **ENTIDADES PARTICIPANTES**

1. A entidade gestora do Banco Integrado de Produtos de Apoio (BIPA) é a [nome da unidade].
2. As entidades promotoras do BIPA serão todas as que desempenham voluntária e informalmente as suas funções (anteriormente definidas para estas entidades) ou que oficializam um acordo de parceria comunitária com a entidade gestora.

### **ARTIGO 4º**

#### **OBJETIVOS DO BIPA**

1. Oferecer aos cuidadores informais um serviço de apoio à assistência de pessoas em situação de dependência em casa
2. Oferecer às pessoas com deficiência ou em situação dependência os produtos e tecnologias de apoio necessários à sua independência e funcionalidade seguras

### **ARTIGO 4º**

#### **LOGÓTIPO**

O BIPA é representado pelo logótipo no Anexo I.

### **ARTIGO 5º**

#### **ACESSO E DECISÃO DE EMPRÉSTIMO**

1. O BIPA é acessível a todos os que residam na área geodemográfica de intervenção da entidade gestora ou das áreas de intervenção das entidades promotoras com acordo de parceria comunitária oficializado.

2. É necessário, para requerer os produtos de apoio ou tecnologias de apoio, preencher a ficha de requerimento de tecnologia ou produto de apoio (ANEXO II) e submeter-se ao aconselhamento e/ou avaliação do caso por um profissional da entidade gestora.
3. Os requerimentos podem ser realizados nas entidades promotoras, devendo estas enviar a instrução do pedido para o fax da entidade gestora.
4. A tecnologia/ produto de apoio é atribuída mediante parecer positivo do profissional da entidade gestora, disponibilidade no BIPA e assinatura do termo de responsabilidade (ANEXO III).
5. Em caso de necessidade de desempate, serão considerados os seguintes critérios de priorização dos requerimentos:
  - a. Maior índice de dependência funcional (Escala Modificada de Barthel);
  - b. Maior risco de queda (Escala de Morse);
  - c. Maior risco de úlcera por pressão (Escala de Braden);
  - d. Menor notação social da família (Escala Adaptada de Graffar);
  - e. Data de entrada do requerimento;
  - f. Beneficiário em cuidados continuados ou paliativos;
  - g. Referência de entidades promotoras do BIPA;
  - h. Referência do Centro Hospitalar [de referência]
  - i. Referência de outra entidade do SNS.

## **ARTIGO 6º**

### **EQUIPAMENTOS DO BIPA**

1. O BIPA está instalado na entidade gestora.
2. O BIPA tem um catálogo de todos os produtos e tecnologias de apoio que dispõe para consulta.
3. O BIPA tem um inventário de registo do tipo e dos níveis de todos os produtos e tecnologias de apoio que dispõe para consulta.

## **ARTIGO 7º**

### **DIREITOS DOS UTILIZADORES DO BIPA**

1. O cliente tem direito de usufruir de tecnologia/ produto de apoio adequado à sua situação.

2. O cliente tem direito a receber informação sobre a utilização e manutenção da tecnologia/ produto de apoio.
3. O cliente tem direito, caso não haja disponibilidade imediata da tecnologia/ produto de apoio adequado à sua situação, de permanecer em lista de espera ou de ser encaminhado para outros recursos comunitários.

## **ARTIGO 8º**

### **DEVERES DOS UTILIZADORES DO BIPA**

1. O cliente tem dever de colaborar na avaliação da situação pelos profissionais da entidade gestora.
2. O cliente tem dever de zelar pela tecnologia/ produto de apoio que lhes é concedido.
3. O cliente tem dever de informar a entidade gestora de qualquer anomalia da tecnologia/ produto de apoio concedido.
4. O cliente tem dever de devolver a tecnologia/ produto de apoio logo que dele não necessite ou quando a entidade gestora assim o deliberar, após uma reavaliação periódica.

## **ARTIGO 9º**

### **FUNÇÕES DOS COLABORADORES DO BIPA**

1. A responsabilidade da gestão do BIPA é do coordenador do programa que tutela o BIPA.
2. A gestão do BIPA pode ser delegada no assistente técnico da entidade gestora.
3. A avaliação, aconselhamento técnico e atribuição da tecnologia/ produto de apoio é da responsabilidade dos profissionais, legalmente habilitados e adequados ao requerido (enfermeiro, fisioterapeuta, etc.), da entidade gestora.

## **ARTIGO 10º**

### **TRANSPORTE E MONTAGEM**

O transporte e montagem são assegurados pelo cliente, familiares ou entidades promotoras.

**ARTIGO 11º**  
**DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. O presente regulamento pode ser alterado a todo o tempo pelo coordenador da entidade gestora.
2. Os casos e/ou situações omissos no presente regulamento serão resolvidos por deliberações do coordenador da entidade gestora.

O Coordenador da [nome da unidade],  
Enfermeiro [nome do coordenador]

---

[data]





## BANCO INTEGRADO DE PRODUTOS DE APOIO

FICHA DE REQUERIMENTO DE PRODUTOS DE APOIO E AVALIAÇÃO TÉCNICA

Requerimento de produto de apoio

• Eu \_\_\_\_\_, utente do SNS com o número \_\_\_\_\_ e cidadão número \_\_\_\_\_ abaixo-assinado (a), residente em \_\_\_\_\_, contactável pelo número \_\_\_\_\_, solicito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o produto de apoio designado como \_\_\_\_\_. Este produto de apoio é para uso do utente do SNS com o número \_\_\_\_\_. Tenho conhecimento que será necessária a avaliação por um profissional de saúde e aceito a marcação de consulta.

• ASSINATURA \_\_\_\_\_

### REGISTO DA AVALIAÇÃO TÉCNICA E DEFERIMENTO

ATENÇÃO: ANEXAR AS FOTOCÓPIAS DOS (1) CARTÕES DE CIDADÃO DAS PESSOAS REFERIDAS NO REQUERIMENTO E DA (2) PRESCRIÇÃO MÉDICA, QUANDO EXISTENTE. ENVIAR PARA O FAX [xxxxxxxxx].



## BANCO INTEGRADO DE PRODUTOS DE APOIO

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROVATIVOS DE ENTREGA E DEVOLUÇÃO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

• Eu \_\_\_\_\_, utente do SNS com o número \_\_\_\_\_ e cidadão número \_\_\_\_\_ abaixo-assinado (a), residente em \_\_\_\_\_, contactável pelo número \_\_\_\_\_, declaro ter solicitado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o produto de apoio designado como \_\_\_\_\_. O produto de apoio foi-me concedido e é para uso exclusivo do utente do SNS com o número \_\_\_\_\_. Eu constituo-me fiel depositário do produto de apoio referido e obrigo-me à guarda, conservação e devolução logo que deixe de carecer deste ou o necessite de substituir.

• ASSINATURA \_\_\_\_\_

• NÚMERO DE REQUISIÇÃO

REQUISIÇÃO DO PA/ TA

• DATA

• NOME DO TÉCNICO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

• DATA

• NOME DA REFERÊNCIA DO PA/ TA

SATISFAÇÃO DO PEDIDO

• DATA

• ESTADO DE CONSERVAÇÃO

DEVOLUÇÃO DO PA/ TA

### COMPROVATIVO DE DEVOLUÇÃO

• Eu \_\_\_\_\_ declaro ter recebido do utente do SNS com o número \_\_\_\_\_ e número de cidadão \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o produto de apoio designado como \_\_\_\_\_ e com o número de referência \_\_\_\_\_.

• ASSINATURA DO TÉCNICO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

### COMPROVATIVO DE ENTREGA

• Eu \_\_\_\_\_ declaro ter entregue ao utente do SNS com o número \_\_\_\_\_ e número de cidadão \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o produto de apoio designado como \_\_\_\_\_ e com o número de referência \_\_\_\_\_. O tempo previsto do empréstimo é de \_\_\_\_\_ semanas/ meses/ anos/ indeterminado (riscar o que não interessa).

• ASSINATURA DO TÉCNICO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

**Quadro dos produtos de apoio no BIPA conforme inventariação**

<b>Produtos de apoio para a marcha e deslocação</b>		<b>III</b>
<b>A</b>	Andarilhos sem rodas	3
<b>B</b>	Bengalas com tripé	2
<b>C</b>	Cadeira de rodas	5
<b>D</b>	Canadianas	9
<b>E</b>	Muletas axilares	2
<b>F</b>	Pedaleira	1
<b>G</b>	Cadeira com apoio bilateral	2
<b>Produtos de apoio para higiene pessoal</b>		<b>IV</b>
<b>A</b>	Cadeira sanitária giratória com apoio para banheira	1
<b>Produtos de apoio para prevenção de úlceras por pressão</b>		<b>V</b>
<b>A</b>	Almofadas insufláveis em U	2
<b>B</b>	Assento distribuidor de pressão em espuma	1
<b>C</b>	Calcanheiras de espuma	3
<b>D</b>	Colchões de pressão alternada	1
<b>E</b>	Colchões de sobreposição	1
<b>F</b>	Motores de pressão alternada	1
<b>Produtos de compensação e substituição da função</b>		<b>VI</b>
<b>A</b>	Lombostato	1
<b>B</b>	Colar cervical espuma	1
<b>C</b>	Colar cervical rígido	1
<b>Acessórios dos produtos de apoio</b>		<b>VII</b>
<b>A</b>	Bombas manuais para pneus	3

# CAMPANHA DE RECOLHA DE PRODUTOS DE APOIO ONDE TODOS AJUDAM, NADA CUSTA

## O QUE SÃO PRODUTOS DE APOIO?

Qualquer produto que se destina a ajudar, a melhorar a função e o conforto das pessoas em situação de dependência.

## QUE TIPO DE PRODUTOS DE APOIO PODE DOAR?

Cadeiras, canadianas, bengalas, cadeiras-de-rodas, cadeiras de banho/ duchie, camas articuladas, colchões e almofadas anti escaras (úlceras por pressão), fraldas, resguardos, entre outros.

## QUAL O OBJETIVO DA CAMPANHA?

Reunir produtos de apoio, em quantidade e diversidade, para empréstimo gratuito a pessoas em situação de dependência ou aos familiares cuidadores dessas pessoas.

## COMO PARTICIPAR?

Qualquer pessoa ou entidade pode doar os produtos de apoio, que já não usa ou precisa, ao Banco Integrado de Produtos de Apoio, sediado na Unidade de Cuidados da Comunidade de São Mamede e Santa Isabel, na Rua Dom João V, N.º 33, 1250-210 Lisboa, entre as 9H e as 16H, ou contactar o número 213 854 520 para outros métodos de doação.



## Comprovativo da atividade 57 e 58

### ACORDO DE PARCERIA COMUNITÁRIA

O presente Acordo de Parceria é formalizado no âmbito do Projeto do Banco Integrado de Produtos de Apoio, doravante designado BIPA, a celebrar entre as partes a seguir identificadas:

**Primeiro Outorgante:** [nome da unidade], adiante designado por [sigla da unidade], representado pelo Enfermeiro [nome do enfermeiro], Coordenador da [sigla da unidade].

**Segundo Outorgante:** [nome da junta de freguesia], adiante designada [sigla], representada pelo [nome], Presidente da Junta de Freguesia.

#### Cláusula I

O BIPA é definido como um serviço comunitário, universal para a área geodemográfica das freguesias [nome das freguesias], que assiste diretamente a pessoa com deficiência ou em situação de dependência e/ou respetivo familiar cuidador/ cuidador informal no aconselhamento, seleção, obtenção e uso de qualquer produto ou tecnologia de apoio.

#### Cláusula II

O BIPA está alojado na [sigla da unidade], que gere e disponibiliza o serviço de produtos e tecnologias de apoio.

#### Cláusula III

Em conformidade com o regulamento do BIPA, cujo documento faz parte integrante deste acordo de parceria, a [sigla da junta de freguesia] constitui-se oficialmente entidade promotora do BIPA.

#### Cláusula IV

Para que se atinjam os objetivos propostos no regulamento do BIPA, a entidade gestora e promotora, primeiro e segundo outorgantes respetivamente, responsabilizam-se a:

Primeiro Outorgante:

- Informar sobre os produtos de apoio que tem disponíveis;
- Informar sobre os requerimentos de tecnologias de apoio;
- Emitir pareceres técnicos para a instalação das tecnologias de apoio;
- Emitir pareceres técnicos de carência social e/ou económica para o pedido de transporte de produtos/ tecnologias de apoio pesados/volumosos.

Segundo Outorgante:

- Promover a dádiva de produtos de apoio inutilizados na freguesia de [nome];
- Participar na divulgação das campanhas de angariação de produtos de apoio na freguesia de [nome];
- Participar nas campanhas de divulgação do BIPA na freguesia de [nome];
- Participar na instalação de tecnologias de apoio na freguesia de [nome], desde que seja comprovada a carência económica e/ou social pelo técnico da [sigla da unidade] e desde que a [sigla da junta] disponha de meios para a sua efetivação,
- Participar no transporte de produtos/ tecnologias de apoio pesados/volumosos (cama articulada, cadeira de rodas ou cadeira sanitária) na freguesia de [nome], desde que seja comprovada a carência económica e/ou social pelo técnico da [sigla da unidade] e desde que a [sigla da junta] disponha de meios para a sua efetivação.

Lisboa, [data]

**Primeiro Outorgante**

**Segundo Outorgante**